

Instituto Superior Miguel Torga

Escola Superior de Altos Estudos

A ESPERANÇA E A QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA
IDADE

MARINA ALEXANDRA GOMES MESTRE

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, 2011

A ESPERANÇA E A QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

MARINA ALEXANDRA GOMES MESTRE

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica
Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora, Rosa Maria Martins

Coimbra, Novembro de 2011

Agradecimentos

Agora que cheguei à recta final, à muito ansiada, quero agradecer a todos aqueles que de modo directo ou indirecto me ajudaram a chegar aqui.

Ao meu marido, por me ter apoiado nos momentos mais difíceis e de ausência.

A minha família, pelo suporte, em especial a minha mãe, irmã e aos meus sobrinhos.

As amigas de sempre, Inês e Liliana, por estarem sempre que foi preciso.

Aos Velhos, com quem tenho tido o privilégio de trabalhar.

Aos meus colegas, Tânia Bailão Lopes, por me ter permitido colher dados junto dos idosos do lar Alexandrina Bartolomeu; ao Doutor Micael Agostinho pela ajuda no SPSS.

Aos 100 idosos que participaram nesta investigação, pela disponibilidade e amabilidade que manifestaram. Bem como às entidades responsáveis das instituições, e às famílias que facilitaram o acesso aos idosos.

Ao Doutor João Duarte, professor da Escola Superior de Saúde de Viseu, pela enorme ajuda que me deu no tratamento estatístico com o programa estatístico SPSS.

A todos aqueles que se cruzaram pela minha vida e que de alguma forma a tornaram mais especial ou me ajudaram para conseguir chegar a este momento.

Finalmente à Doutora Rosa Maria Martins, minha orientadora, por toda a ajuda e directrizes que me deu neste período final.

A todos muito Obrigado!

RESUMO

Enquadramento: A problemática do envelhecimento tem assumido, nos últimos anos, uma crescente importância na consciência colectiva da população, tornando-se cada vez mais importante compreender a população idosa e a sua realidade de modo a melhorar a sua Qualidade de Vida. Aliado à Qualidade de vida e ao envelhecimento torna-se importante o estudo da Esperança entendida como um traço cognitivo onde estão englobadas as crenças positivas relativas à capacidade para a realização dos objectivos pessoais.

Objectivos: Identificar a Esperança e a Qualidade de Vida dos Idosos, bem como a relação entre estas, e as variáveis sociais e demográficas dos dois grupos de idosos.

Métodos: O modelo de investigação adoptado é do tipo quantitativo, não experimental, e correlacional. Participaram neste estudo 100 idosos, residentes no concelho da Batalha, distrito de Leiria, divididos em dois grupos: idosos a residir em dois lares de terceira idade (n=50) e idosos a residir na comunidade (n=50). A maioria dos idosos (69%) é do sexo feminino, com uma média de idades de 84,38 anos. Os dados foram colhidos através de um questionário composto por um grupo de questões sociodemográficas, por uma Escala da Esperança (versão portuguesa), e por uma Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida dos Idosos, da Direcção Geral de Saúde.

Resultados: Neste estudo, não foram encontradas diferenças entre grupos (institucionalizados e não institucionalizados) para os níveis de Esperança, contudo no que se refere à relação das variáveis sociodemográficas foram encontradas significâncias para o estado de saúde, número de filhos e preocupação da família.

Considerando a Qualidade de Vida constatámos que os idosos que residem na comunidade têm melhor Qualidade de vida que os institucionalizados, e que esta significância também se verifica para a maioria das variáveis, excepto para o sexo e a idade.

Encontrámos ainda correlações entre as variáveis dependentes, indicando que a maiores níveis da Esperança correspondem níveis de Qualidade de Vida superiores nos idosos da amostra.

Palavras-chave: Envelhecimento; Idoso; Qualidade de Vida; Esperança.

ABSTRACT

Background Ageing has taken in recent years, a growing importance in the collective consciousness of the population, becoming increasingly important to understand the elderly population and its reality in order to improve their quality of life. Allied to the quality of life and aging, becomes important to study the Hope, understood as a cognitive trait where they are included positive beliefs regarding the ability to achieve personal goals.

Goals: To investigate the relationship between Hope and Quality of Life and social and demographic variables of two groups of elderly.

Methods: The research model adopted is a quantitative, non-experimental and correlational. Participated in this study 100 elderly residents in Batalha, Leiria, divided into two groups: the elderly living into nursing homes ($n=50$) and older living in the community ($n = 50$). Most seniors (69%) are female, with an average age of 84.38 years. Data were collected through a questionnaire composed of a set of demographic questions, a Hope Scale (Portuguese version), and an Evaluation Grid of Quality of Life for Older Persons, design by the Portuguese General Health Direction.

Results: In this study, were not found differences between groups (institutionalized and community) to the levels of hope, however with regard to the relationship of sociodemographic variables were found significance for the health status, number of children and family concern.

Considering the quality of life we have found that elderly people living in the community have a better quality of life than the institutionalized, and that this significance is also observed for most variables except for sex and age. Also found correlations between the dependent variables, indicating that higher levels of Hope levels correspond to higher quality of life in the elderly sample.

Keywords: Aging, Elderly, Quality of Life, Hope, Environment, social and demographic variables.

Índice Geral

Agradecimentos -----	III
Resumo -----	IV
Abstract -----	V
Índice Geral -----	VI
Índice de Tabelas -----	VII
Índice de Tabelas e Figuras -----	XII
I – Introdução -----	14
II – Metodologia -----	33
Conceptualização do Estudo -----	33
Questões de investigação -----	33
Objectivos do Estudo -----	34
Material e método -----	34
Definição das Variáveis em Estudo -----	34
Modelo Conceptua l-----	35
Hipóteses -----	36
Instrumentos -----	36
População e amostra -----	42
Procedimento formais e éticos -----	43
Procedimento de Tratamento de dados -----	44
III – Apresentação dos Resultados -----	46
Análise descritiva -----	46
Análise inferencial -----	53
IV - Discussão e Análise dos Resultados -----	122

Conclusão -----	131
Limites e Sugestões -----	135
Bibliografia -----	137
Anexos -----	143
Anexo 1 – Escala do Futuro (Esperança) -----	143
Anexo 2 – Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida -----	143
Anexo 3 – Questionário de Dados Sócio-demográficos -----	144
Anexo 4 - Consentimentos informados instituições -----	147
Anexo 5 - Consentimentos informados instituições -----	148
Anexo 6 - Consentimentos informados idosos -----	149

Índice de Tabelas

Tabela 1: Consistência Interna da Escala do Futuro -----	38
Tabela 2: Consistência Interna das Subescalas do Futuro -----	39
Tabela 3: Distribuição dos idosos, em função da idade -----	43
Tabela 4: Caracterização sociodemográfica da amostra em função dos grupos -----	47
Tabela 5: Caracterização contextual da amostra em função dos grupos -----	48
Tabela 6: Distribuição dos idosos de acordo com as dimensões avaliadas pela Qualidade de Vida -----	50
Tabela 7: Índices médios da Qualidade de Vida e das suas dimensões, tendo em conta os grupos. -----	51
Tabela 8: Avaliação da Qualidade de Vida tendo em conta os grupos. -----	51
Tabela 9: Índices médios da Esperança e das suas dimensões, tendo em conta os grupos. -----	52

Tabela 10: Avaliação dos níveis de Esperança tendo em conta os grupos. -----	52
Tabela 11: Coeficientes de Correlação de Pearson entre a Qualidade de Vida, a Esperança e as dimensões das duas escalas. -----	54
Tabela 12: Test-t para diferenças de médias entre a Esperança e as suas dimensões e os grupos -----	55
Tabela 13 – Determinação do teste para os factores (grupos e sexo) e a sua interacção	56
Tabela 14 – Efeitos da variável grupo e sexo sobre a Esperança e as suas dimensões.	57
Tabela 15: Índices médios da Esperança e das suas dimensões, tendo em conta o sexo e os grupos -----	57
Tabela 16 – Determinação do teste para os factores (grupos e idade) e a sua interacção	58
Tabela 17 – Efeitos da variável grupo e idade sobre a Esperança e as suas dimensões.	59
Tabela 18: Índices médios da Esperança e das suas dimensões tendo em conta a idade e os grupos -----	59
Tabela 19 – Determinação do teste para os factores (grupos e estado civil) e a sua interacção -----	59
Tabela 20 – Efeitos da variável grupo e estado civil sobre a Esperança e as suas dimensões. -----	60
Tabela 21: Índices médios da Esperança e das suas dimensões tendo em conta o estado civil e os grupos -----	61
Tabela 22 – Determinação do teste para os factores (grupos e as habilitações literárias) e a sua interacção. -----	62
Tabela 23 – Efeitos da variável grupo e as habilitações literárias sobre a Esperança e as suas dimensões. -----	63
Tabela 24: Índices médios da Esperança e das suas dimensões tendo em conta as habilitações literárias e os grupos -----	63
Tabela 25 – Determinação do teste para os factores (grupos e o estado de saúde) e a	64

sua interacção. -----	
Tabela 26 – Efeitos da variável grupo e as habilitações literárias sobre a Esperança e as suas dimensões. -----	64
Quadro 27: Test-t para diferenças de médias entre a Esperança e as suas dimensões e o estado de saúde. -----	65
Tabela 28: Índices médios da Esperança e das suas dimensões tendo em conta o estado de saúde e os grupos -----	66
Tabela 29 – Determinação do teste para os factores (grupos e ter filhos) e a sua interacção. -----	67
Tabela 30 – Efeitos da variável grupo e ter filhos sobre a Esperança e as suas dimensões -----	67
Tabela 31: Índices médios da Esperança e das suas dimensões tendo em conta o ter filhos e os grupos-----	68
Tabela 32 – Determinação do teste para os factores (grupos e número filhos) e a sua interacção. -----	69
Tabela 33– Efeitos da variável grupo e o número de filhos sobre a Esperança e as suas dimensões -----	69
Tabela 34: ANOVA para diferenças de médias entre a Esperança e as suas dimensões e o número de filhos -----	70
Tabela 35: Índices médios da Esperança e das suas dimensões tendo em conta o número de filhos e os grupos -----	70
Tabela 36 – Determinação do teste para os factores (grupos e quem vive) e a sua interacção -----	71
Tabela 37 – Efeitos da variável grupo e quem vive sobre a Esperança e as suas dimensões. -----	72
Tabela 38: Índices médios da Esperança e das suas dimensões tendo em conta com quem vive e os grupos-----	72

Tabela 39 – Determinação do teste para os factores (grupos e preocupação da família) e a sua interacção. -----	73
Tabela 40 – Efeitos da variável grupo e o número de filhos sobre a Esperança e as suas dimensões. -----	74
Tabela 41: Índices médios da Esperança e das suas dimensões tendo em conta preocupação da família e os grupos-----	74
Tabela 42 – Determinação do teste para os factores (grupos e frequência visitas) e a sua interacção. -----	75
Tabela 43 – Efeitos da variável grupo e a frequência de visitas sobre a Esperança e as suas dimensões. -----	76
Tabela 44: Índices médios da Esperança e das suas dimensões tendo em conta a frequência de visitas e os grupos -----	77
Tabela 45: Test-t para diferenças de médias entre a QDV e as suas dimensões e os grupos -----	78
Tabela 46 – Determinação do teste para os factores (grupos e sexo) e a sua interacção	79
Tabela 47 – Efeitos da variável grupo e sexo sobre a Qualidade de Vida e as suas dimensões. -----	80
Tabela 48: Índices médios da QDV e das suas dimensões tendo em conta o sexo e os grupos -----	81
Tabela 49 – Determinação do teste para os factores (grupos e idade) e a sua interacção	82
Tabela 50 – Efeitos da variável grupo e idade sobre a Esperança e as suas dimensões.	89
Tabela 51: Índices médios da QDV e das suas dimensões tendo em conta a idade e os grupos -----	84
Tabela 52 – Determinação do teste para os factores (grupos e estado civil) e a sua interacção -----	85
Tabela 53 – Efeitos da variável grupo e Estado Civil sobre a Qualidade de Vida e as	86

suas dimensões. -----	
Tabela 54: Test-t para diferenças de médias entre a Qualidade de Vida e as suas dimensões e o estado civil. -----	86
Tabela 55: Índices médios da QDV e das suas dimensões tendo em conta o estado civil idade e os grupos-----	88
Tabela 56 – Determinação do teste para os factores (grupos e habilitações literárias) e a sua interacção. -----	89
Tabela 57 – Efeitos da variável grupo e habilitações literárias sobre a Qualidade de Vida e as suas dimensões. -----	90
Tabela 58: Test-t para diferenças de médias entre a Qualidade de Vida e as suas dimensões e as habilitações literárias. -----	91
Tabela 59: Índices médios da QDV e das suas dimensões tendo em conta as habilitações literárias e os grupos -----	92
Tabela 60 – Determinação do teste para os factores (grupos e estado de saúde) e a sua interacção -----	93
Tabela 61– Efeitos da variável grupo e estado de saúde sobre a Qualidade de Vida e as suas dimensões. -----	94
Tabela 62: Test-t para diferenças de médias entre a Qualidade de Vida e as suas dimensões e o estado de saúde. -----	96
Tabela 63: Índices médios da QDV e das suas dimensões tendo em conta o estado saúde e os grupos-----	97
Tabela 64 – Determinação do teste para os factores (grupos e ter filhos) e a sua interacção -----	97
Tabela 65 – Efeitos da variável grupo e ter filhos sobre a Qualidade de Vida e as suas dimensões. -----	98
Tabela 66: Test-t para diferenças de médias entre a Qualidade de Vida e as suas dimensões e ter filhos. -----	98

Tabela 67: Índices médios da QDV e das suas dimensões em função do grupo e ter filhos. -----	100
Tabela 68 – Determinação do teste para os factores (grupo e número de filhos) e a sua interacção -----	101
Tabela 69 – Efeitos da variável grupo e número de filhos sobre a Qualidade de Vida e as suas dimensões. -----	102
Tabela 70: Índices médios da QDV e das suas dimensões tendo em conta o número de filhos e os grupos-----	103
Tabela 71 – Determinação do teste para os factores (grupo e quem vive) e a sua interacção-----	104
Tabela 72 – Efeitos da variável grupo e número de filhos sobre a Qualidade de Vida e as suas dimensões. -----	105
Tabela 73: Índices médios da QDV e das suas dimensões tendo em conta quem vive e os grupos-----	106
Tabela 74 – Determinação do teste para os factores (grupo e preocupação da família) e a sua interacção. -----	107
Tabela 75 – Efeitos da variável grupo e preocupação da família sobre a Qualidade de Vida e as suas dimensões. -----	108
Tabela 76: Test-t para diferenças de médias entre a Qualidade de Vida e as suas dimensões e a preocupação da família. -----	108
Tabela 77: Índices médios da QDV e das suas dimensões tendo em conta a preocupação de família e os grupos-----	110
Tabela 78 – Determinação do teste para os factores (grupo e frequência de visitas) e a sua interacção. -----	111
Tabela 79 – Efeitos da variável grupo e frequência de visitas sobre a Qualidade de Vida e as suas dimensões. -----	112
Tabela 80: ANOVA para diferenças de médias entre a Qualidade de Vida e as suas	113

dimensões e a frequência de visitas da família. -----	
Tabela 81: Índices médios da QDV e das suas dimensões tendo em conta a preocupação de família e os grupos. -----	114
Tabela 82 – Correlação de Pearson entre Esperança, a QDV e as suas dimensões, grupo e idade. -----	114
Tabela 83 – Correlação de Pearson entre dimensão Iniciativa, a QDV e as suas dimensões, grupo e idade. -----	117
Tabela 84 – Correlação de Pearson entre dimensão Iniciativa, a QDV e as suas dimensões, grupo e idade. -----	119

Índice de Quadros e Figuras

Quadro 1 – Regressão múltipla entre Esperança, e a QDV e as suas dimensões, grupo e idade -----	116
Quadro2 – Regressão múltipla entre a dimensão Iniciativa, e a QDV e as suas dimensões, grupo e idade. -----	118
Quadro 3 – Regressão múltipla entre a dimensão Caminhos, a QDV e as suas dimensões, grupo e idade. -----	120
Figura 2: Fluxograma da Teoria da Esperança -----	21
Figura 2: Modelo Conceptual de Investigação-----	35
Figura 3: Síntese da relação entre a Esperança e das suas dimensões, a Qualidade de vida e as suas dimensões, o grupo e a idade. -----	121

I. Introdução

O envelhecimento populacional constitui um fenómeno de amplitude mundial. Segundo uma previsão da OMS (Organização Mundial de Saúde), em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003). De acordo com os dados do INE (Instituto Nacional de Estatística), esta realidade faz igualmente parte do panorama português, uma vez que as projecções efectuadas para os próximos 50 anos, mostram que a tendência para o envelhecimento da população em Portugal irá sofrer um significativo aumento por um lado, e por outro, a população jovem irá sofrer uma redução (de 15,3% em 2008 para 11,9% em 2060). Deste modo assistimos a um aumento considerável da percentagem de população com 65 ou mais anos de idade passando de 17,4% em 2008 para 32,3% em 2060, resultando uma proporção de cerca de 3 idosos para cada jovem (Instituto Nacional de Estatística, 2009).

Segundo o INE o envelhecimento mais evidenciado encontra-se junto dos indivíduos com idades iguais ou superiores a 75 anos, que em 1994 representavam 5,7% da população e em 2004 passaram a representar 7,3%. Esta tendência encontra-se ainda mais acentuada entre as mulheres (6,4% em 1994 e 8,8% em 2004).

No que diz respeito ao género, na proporção dos mais idosos, verifica-se que em Portugal 25,2% são mulheres e 22,8% são homens, reflectindo estes dados uma maior sobrevivência masculina e uma maior longevidade feminina (Instituto Nacional de Estatística, 2006).

Dada a tendência para o crescimento da população idosa, Portugal enfrenta actualmente uma realidade que começa a ganhar um impacto social relevante: aumento dos fluxos migratórios (internos e externos), as baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com o aumento significativo dos idosos no conjunto da população do país (Paúl e Fonseca, 2005). Estes acontecimentos alertam para a importância de promover um envelhecimento associado ao conceito de Bem-Estar e de Qualidade de Vida (Sousa et al, 2003).

Este cenário torna emergente a aquisição de dados que permitam a caracterização da Qualidade de Vida e do funcionamento emocional e social dos idosos, do ponto de vista dos próprios idosos, para deste modo iniciar a activar meios ajustados a essa população, permitindo assim alcançar um envelhecimento bem sucedido e uma Qualidade de Vida melhor e superior. Neste contexto, e a nosso ver, torna-se necessário aumentar investigações

relativas a estas temáticas de modo a possibilitar respostas às necessidades da população idosa, bem como desenvolver acções de intervenção junto da mesma.

Teixeira (2010) corrobora da mesma opinião quando afirma que o envelhecimento humano e demográfico é considerado um dos problemas mais importantes das sociedades contemporâneas. Esta realidade exige um conhecimento mais aprofundado da velhice.

O Envelhecimento tem-se revelado um processo heterogéneo, que sofre influência de diversas determinantes, entre as quais se encontram determinantes internas (património genéticos) e as determinantes externas, tais como a educação, os estilos de vida e o meio ambiente no qual o idoso está inserido, ou seja, podemos ver o envelhecimento como uma experiência subjectiva, pois encontra-se relacionada com as crenças e as vivências de cada indivíduo e com as práticas destes, associadas à velhice (Figueiredo, 2007).

Ao longo dos tempos, o conceito de velhice tem assumido múltiplas facetas e significados, consequentes da diversidade cultural e histórica, características das sociedades vigentes em cada época. Antigamente, a velhice era encarada com uma bênção divina, uma recompensa atribuída a todos aqueles que souberam aproveitar a vida de modo feliz e correcto, sendo o velho considerado um “mestre”, detentor de poder e sabedoria. Nos dias de hoje, esta perspectiva ainda se mantém apenas em algumas minorias étnicas, verificando-se, na maioria das sociedades, uma inversão nesta forma de encarar a “Velhice” (Martins, 2006).

A temática relativa ao envelhecimento tem assumido, nos últimos anos, uma crescente importância, no que concerne ao envelhecimento populacional, como à consciência colectiva da população.

O Sucesso do Envelhecimento, segundo Gall e Szwabo, tem múltiplas e variadas definições. Para alguns, o sucesso é medido em termos de saúde e doença; para outros, a preservação das habilidades ou da adaptabilidade pode ser crítica. Uma definição abrangente de envelhecimento deve incluir três componentes: o baixo risco de doença e o conhecimento acerca da doença; um alto nível de funcionamento mental e físico e um envolvimento activo no ciclo vital (2002, citado por Teixeira, 2006).

As teorias do envelhecimento bem sucedido vêem o sujeito como pró-activo, regulando a sua Qualidade de Vida através da definição de objectivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança, e activamente envolvidos na manutenção do Bem-Estar (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003).

Numa abordagem desenvolvimental, Cavanaugh, destaca quatro forças essenciais para a compreensão e adaptação ao envelhecimento. São estas a força biológica, psicológica, sociocultural e ainda as relativas ao ciclo de vida:

- as forças biológicas, incluem todos os factores genéticos e relativos à saúde;
- as forças psicológicas englobam todos os mecanismos de natureza perceptiva, cognitiva, emocional e de personalidade;
- as forças socioculturais abarcam factores sociais, culturais e étnicos;
- as forças relativas ao ciclo de vida incidem no impacto que os acontecimentos inerentes à existência, normativos ou não, exercem sobre o desenvolvimento humano, em especial sobre o desenvolvimento na idade adulta e na terceira idade (citado por Fonseca 2004).

Durante os ciclos de vida inerentes ao desenvolvimento, os adultos e os idosos são afectados por padrões de mudanças biopsicossociais, experimentando deste modo constantes processos de transição e de mudança, das quais resultam novas formas de adaptação da pessoa ao meio (Fonseca, 2004; Sousa, Cerqueira e Galante, 2004; Figueiredo 2007).

Já numa perspectiva contextualista, Brandstader, refere que ao longo da sua vida, os indivíduos constroem representações mentais daquilo que são ou do que poderão vir a tornar-se, e que estas representações vão modelar os modos através dos quais eles interpretam e avaliam o seu desenvolvimento presente e futuro (Fonseca, 2004).

Baltes e Baltes consideram que existem limites impostos pela idade para a adaptação e a plasticidade comportamental, resultando num aumento progressivo de perdas e uma consequente diminuição dos ganhos (Gonçalves et al, 2006).

Nesta sequência o envelhecimento pode ser entendido através do modelo de selecção, optimização e compensação, que nada mais é do que mecanismos de adaptação interactivos, que procuram sempre aumentar os ganhos e diminuir as perdas (Baltes, Staudinger e Lindenberger, citado por Fonseca, 2004; Wroblewski e Snyder, 2005). Deste modo podemos definir a selecção como a delineação de objectivos pelos idosos, face aos condicionamentos inerentes ao envelhecimento, e a optimização como o processo de procura e aumento das condições necessárias. Finalmente a compensação, que se refere à aquisição de meios simbólicos e tangíveis, para alcançar os objectivos (Ribeiro e Paul, 2011).

Segundo Wroblewski & Snyder (2005) o modelo de selecção, optimização e compensação é um modelo excelente para perceber porque é que os idosos podem focar os

seus objectivos em menos domínios e adoptar pensamento de caminhos que maximizem os seus pontos fortes e minimizem os seus pontos fracos. O processo de adaptação pode tomar a forma de um processo biológico automático, que acontece de modo passivo. Contudo existem outros processos, associados a este, tais como as estratégias de *coping*, mecanismos de defesa, "ilusões" positivas, que têm que mostrado alguma consistência na relação com elevado Bem-Estar Subjectivo e com uma boa adaptação no decurso das mudanças da vida adulta (Witthy, 2003; Gana et al, 2004, citado por Moraitou et al, 2006).

Segundo Whithbourne, a adaptação consiste numa série de comportamentos que o individuo idoso adopta para fazer face às exigências específicas da velhice, enquanto que para Reker, Peacock e Wong vêem a adaptação à velhice como um conceito associado a outros conceitos, tais como o estabelecimento de objectivos, Sentido de Vida, Esperança e Bem-Estar (citado por Fonseca, 2004).

A Esperança é muitas das vezes confundida com outros constructos da Psicologia Positiva, como o Optimismo, o Desejo, e a Auto-Eficácia, que por vezes são interpretadas erradamente (Bailey et al, 2007, Barros, 2009).

Apesar dos constructos partilharem alguns factores em comum, verificamos, aquando de um conhecimento mais profundo de cada um e das respectivas teorias, que existem diferenças que nos permitem fazer uma análise detalhada de cada um deles. Deste modo torna-se relevante fazer uma breve distinção desses mesmos constructos.

Averill, Catlin e Chon sugerem que a Esperança, numa base social e ecológica, corresponde a uma emoção governada por regras cognitivas, justificada quando os objectivos são importantes, está sob o controlo do indivíduo e é aceitável socialmente (citado por Barros de Oliveira, 2010).

As teorias em torno da Esperança defendem o conceito, conotando-o com um cariz mais afectivo-motivacional, racional e credível, quando comparado com outros constructos, entendidos muitas vezes como sinónimos, como é o caso do Optimismo e o Desejo (Barros Oliveira, 2010)

O Optimismo, um dos constructos mais estudados na Psicologia Positiva, é segundo Barros de Oliveira (2010) percebido como uma expressão ou manifestação da Esperança.

Segundo Scheier e Carver, o optimismo tem sido definido como a tendência estável para acreditar que as coisas boas, em vez das coisas más, irão acontecer" (citado por Bailey et al, 2007; Barros, 2009).

Para Snyder (2002) a Esperança está relacionada com crenças, no sentido que as pessoas acreditam em resultados positivos e na capacidade de o indivíduo desenvolver formas para atingir esses mesmos resultados, enquanto, o constructo de Optimismo se baseia apenas na percepção desses mesmos resultados, que podem ser positivos ou negativos, no entanto, para a Esperança esses resultados são sempre positivo.

Em sumula, ambos os constructos têm por base o alcance de objectivos através de processos cognitivos que operam de modo a alcançar um resultado desejado. Não obstante, e apesar da teoria do Optimismo partilhar as expectativas de atingir os seus objectivos, estas podem não acontecer devido à falta de auto eficácia (Bailey et al, 2007).

Para Barros e Oliveira (2010), apesar da Esperança e o Optimismo se encontrarem relacionados, não são redundantes, sendo que o primeiro é um constructo mais amplo e com uma conotação afectivo-motivacional, ao passo que o optimismo tem um cariz mais cognitivo.

Outro constructo, muitas vezes confundida com a Esperança é o Desejo. Segundo Canova (citado por Barros de Oliveira, 2010) este consiste apenas numa parte essencial da Esperança. Para o mesmo autor existem três características que distinguem estes dois constructos: o objecto, o tempo necessário para o atingir e a forma para o atingir. Ou seja, no desejo o objecto pode ser qualquer um, enquanto a Esperança procura objectos tangíveis, embora por vezes, o seu alcance seja algo incerto; o desejo quer tudo rapidamente, enquanto a Esperança espera até atingir o objecto desejado. Por último, o desejo é algo instintivo e egocêntrico, enquanto, que a Esperança é mais racional.

O sentido de eficácia pessoal de Bandura é outro dos constructos semelhante à Esperança. Segundo Snyder e Lopez (2002) o sentido de Auto eficácia pessoal está mais relacionado com o pensamento de iniciativa (*agency*) e com as expectativas de resultados e os meios para os alcançar (*pathways*), uma vez que consiste numa crença ou expectativa de controlo dos acontecimentos (Barros de Oliveira, 2010).

Tal como se verificou, não existe consenso na classificação da Esperança. Para uns, esta é considerada uma atitude, para outros, uma emoção, um valor, ou até mesmo uma virtude humana. Apesar da maioria dos autores a caracterizarem como uma emoção, Snyder descreve-a como um processo cognitivo (2002).

De facto a Esperança (*hope*) é uma variável psicológica que tem, recentemente, sido objecto de crescente interesse, embora a sua conceptualização se prolongue desde há cerca de 40 anos.

O interesse por este constructo na actualidade tem aumentado consideravelmente, sendo alvo de diversas investigações na área da Psicologia Clínica e da Saúde, incidindo na sua maioria no estudo da Esperança em pessoas com cancro, Sida e outras doenças crónicas, mas também na área da Psicologia Educacional (Barros de Oliveira, 2010).

Um dos primeiros psicólogos a interessar-se por esta temática foi E. Fromm, em 1978, mas uma das melhores investigações sobre as teorias da Esperança foi desenvolvida por Snyder, que conceptualizou a Esperança como um traço cognitivo onde estão englobadas as crenças positivas relativas à capacidade para realizar objectivos pessoais (Creamer et al, 2009).

Snyder et al (2002) explicam que na definição clássica, esta se assumia como uma percepção generalizada que os objectivos podem ser alcançados. Para este autor a Esperança pode ser definida como “um estado motivacional positivo baseado numa interacção que resulta num sentimento de sucesso e respectiva energia motivacional orientada para os objectivos (pensamento de iniciativa) e no planeamento necessário à consecução desses mesmos objectivos (pensamento de caminhos)” (Snyder et al, 2002; Bailey et al, 2007; Barros de Oliveira, 2010).

A Esperança inclui três componentes distintos: objectivos, pensamento de caminhos e pensamento de iniciativa, num sistema dinâmico cognitivo e motivacional que pode ser conceptualizado em termos de capacidade percebida para gerar caminhos para objectivos desejados, e de se auto-motivar via pensamento de iniciativa para percorrer esses mesmos caminhos (Cheavens et al, 2006).

Como vimos anteriormente, a premissa principal da Teoria da Esperança consiste na ideia de que todas as acções humanas se encontram direccionadas para a obtenção de objectivos (componente cognitiva). Os objectivos são os alvos das sequências mentais de acção, e podem variar no seu quadro temporal (a curto prazo, médio e longo prazo), e no grau de dificuldade para os atingir. Podem ainda, ser voltados para a aproximação (atingir algo desejado) ou preventivos (para interromper algo indesejado) (Snyder, 2002; Snyder et al, 2002).

Averill et al, referem que os objectivos necessitam de ser suficientemente valorizados pelos indivíduos, para que estes ocupem o seu pensamento, pois estes fazem constantes auto-análises sobre a capacidade e a probabilidade de alcançar o seu objectivo, ao longo de todo o processo (citado por Snyder et al, 2002)

O pensamento de caminhos refere-se à capacidade percebida para gerar caminhos ou percursos mentais para alcançar os objectivos desejados.

A componente motivacional da teoria da Esperança é o pensamento de iniciativa. Este reflecte as cognições do indivíduo acerca da sua capacidade para começar e continuar um comportamento direccionado para objectivos. Ou seja, é a sensação de determinação triunfante sobre a consecução de objectivos pessoais, no passado, presente e futuro (Snyder et al, 2002).

O pensamento de iniciativa é fundamental em todo o processo da aquisição de objectivos, contudo assume importante relevância quando as pessoas encontram impedimentos para atingir esses mesmos objectivos. Durante esses bloqueios, o pensamento de iniciativa ajuda o individuo a encontrar caminhos alternativos para atingir os objectivos (Snyder, 2002).

Comparado com outros modelos, a Teoria da Esperança de Snyder dá grande ênfase ao pensamento, tendo em conta que é através deste que o indivíduo cria o caminho para alcançar num objectivo, sendo que as emoções são consideradas subprodutos do pensamento, criando-se entre estes uma relação fusional. Estudos revelam que as emoções positivas estão associadas aos sucessos e as emoções negativas às falhas (citado por Barros, 2009).

Todos estes elementos funcionam num processo dinâmico que compõe o modelo Full Hope Model (Teoria da Esperança) de Snyder

Numa análise ao fluxograma do Modelo da Teoria da Esperança de Snyder (ver Figura 1)., é possível verificar a ordem de ocorrência temporal dos pensamentos orientados para um determinado objectivo. O valor dos resultados é um elemento que se torna importante na fase de pré-análise do acontecimento. Por sua vez o pensamento dos caminhos e da motivação, representados por setas bidireccionais, demonstram o fluxo dinâmico do pensamento esperançoso direccionado para o objecto (2009; Snyder e Lopez, 2002).

Neste processo, as emoções representam um papel fundamental, principalmente no processo de *feedback* (resposta), que é composto por emoções específicas que permitem a percepção de sucesso ou insucesso (Snyder et al, 2002). Embora as cognições dirigidas para os objectivos suscitem emoções particulares, essas emoções, por sua vez vão moldando e informando as cognições da pessoa que se encontra no meio da perseguição de objectivos. Se os resultados imaginados forem suficientemente importantes para o indivíduo, de modo a que este continue a merecer a atenção por

parte do indivíduo, este prossegue para a análise da sequência de acontecimentos, onde o pensamento de caminhos e o pensamento de iniciativa interagem.

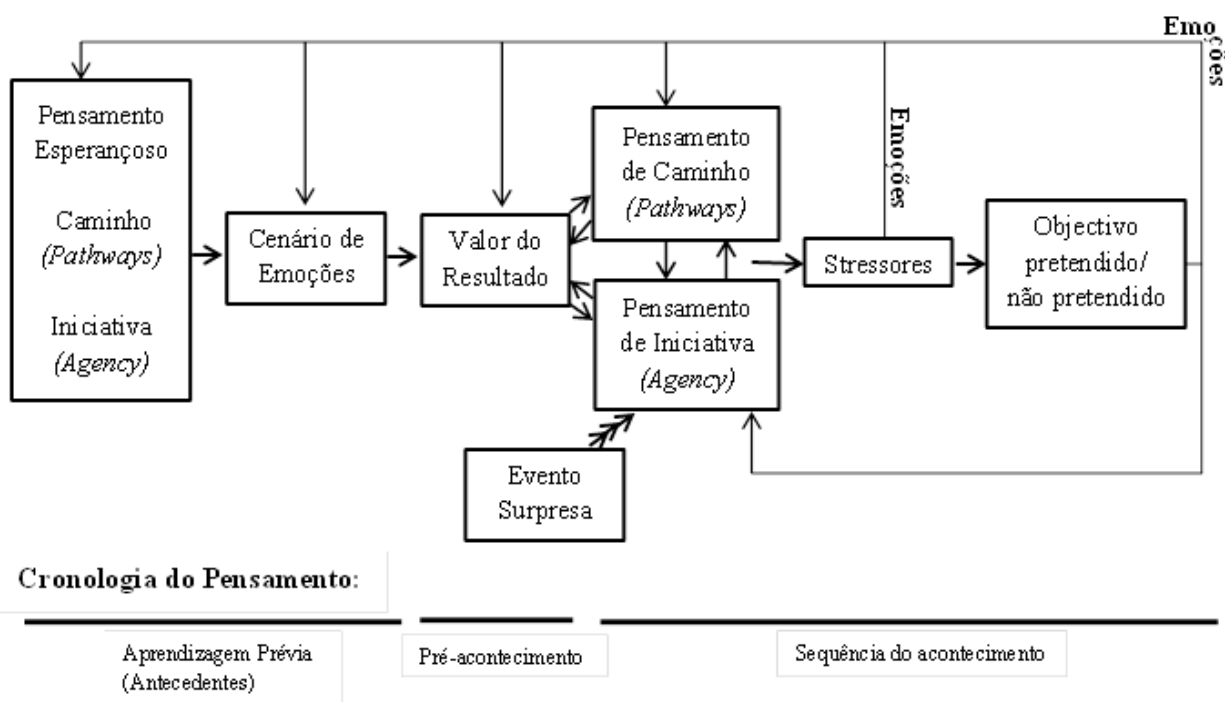


Figura 1: *Fluxograma da Teoria da Esperança*

No entanto, por vezes o processo do pensamento de caminhos e de iniciativa pode sofrer um recuo, para que o indivíduo avalie se o potencial objectivo é suficientemente importante para prosseguir, ou não, o processo de perseguição de objectivos (Snyder, 2002).

Assim sendo, se uma perseguição de objectivos for concluída, e os pensamentos de alcance de objectivos, bem como a sensação de sucesso, derivarem das emoções positivas (ou as falhas derivarem das emoções negativas), as emoções retornam ao ciclo para influenciar as subsequentes capacidades de caminhos e de iniciativa nessa mesma situação e, em geral, bem como ao impacto do valor resultado (Snyder, 2002).

A medida que o processo de perseguição de objectivos decorre, ou ainda antes, podem surgir stressores. Estes podem gerar um impedimento ou comprometer o pensamento esperançoso. Para os indivíduos com baixa esperança, este pode resultar numa emoção negativa disruptiva capaz de gerar um retrocesso no processo. Enquanto para o indivíduo com alta esperança este pode ser visto como um desafio, criando a necessidade de Pensamento de

Caminhos alternativos e redireccionar os Pensamentos de Iniciativa para um novo caminho (Snyder, 2002).

Outro factor importante neste processo são os eventos surpresa. Estes podem ser de natureza positiva ou negativa. Ocorrem fora do processo normal de perseguição de objectivos, e inevitavelmente suscitam emoções devido ao impacto positivo ou negativo que este representa para a pessoa dada as circunstâncias que decorrem. Estas emoções podem funcionar como distractores, no entanto, na sua maioria das vezes elas são incorporadas na perseguição de objectivo em curso (Snyder, 2002).

A Teoria da Esperança defende que quando uma criança nasce, os pensamentos de caminhos (*pathways*) surgem como um modo de compreensão lógico do funcionamento.

Para Snyder (2009), durante o primeiro ano de vida, o bebé consegue percepção que ele e o progenitor são duas pessoas distintas, desencadeando uma série de situações. É nesta fase que o bebé começa a fortalecer a sua motivação (*agency*).

No decorrer do período da infância a compreensão da criança vai ficando mais refinada, de modo a que esta consiga entender o processo de causalidade. Este processo desenvolve-se num contexto de segurança e de relacionamento de suporte entre a criança e o seu cuidador. Neste contexto a criança é ensinada a desenvolver o seu pensamento esperançoso.

O autor defende ainda que os mesmos factores que contribuem para um vínculo seguro contribuem igualmente para o desenvolvimento da Esperança (Shorey et al, 2002). Um cuidador atencioso e responsável pode modelar um pensamento esperançoso e facultar uma imagem e resposta consistentes, necessárias para que a criança aprenda a desenvolver as suas acções de modo a atingir os seus objectivos. Segundo o autor esta interacção recíproca é descrita por Bowlby, na teoria da vinculação, como uma parceria meta corrigida. Através desta parceria esperançosa, as crianças aprendem a recorrer à ajuda de outras pessoas para alcançar os seus objectivos, e através disto a estabelecer relações de amizade, a formar alianças (Snyder, 2002)

Para o autor, a Esperança desenvolve-se num caminho definido que compreende o período entre a infância e a adolescência (Snyder, 2009).

A estabilidade do objecto e dos esquemas de causa-efeito permitem que as crianças aprendam que, para alcançar determinados objectivos desejados, necessitem de percorrer determinados caminhos (*Pathways*) (Snyder, 2009, Snyder et al, 2002).

É no decorrer deste período que o *Self* enquanto agente evolui, e que se desenvolvem as competências relativas à Esperança são aprendidas, uma vez que as crianças passam a

compreender que os caminhos que rodeiam os obstáculos e adversidades podem ser alvo de um planeamento, seguidos e executados de um modo activo. (Snyder 2009, Snyder, 2002, Snyder et al, 2002). A aquisição de um pensamento esperançoso é fundamental para a sobrevivência e prosperidade da criança. É através daqueles que rodeiam a criança, pais, família, educadores e da sociedade em geral, que criança vai sendo estimulada de modo a desenvolver a Esperança.

Já na fase adulta, verificam-se a existência de perfis diferenciados no que concerne à Esperança (Snyder, 2009).

Contudo, alguns autores referem que o modelo de Snyder não consegue explicar porque é que as pessoas se mantêm esperançosas, mesmo quando sentem que já não há nada que possam fazer (Tong, et al, 2010),.

Num estudo realizado por Gum, Snyder e Duncan (2006, citado por Gomes, 2010) relativo ao pensamento esperançoso em sujeitos vítimas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) verificou-se que o pensamento esperançoso (*hopeful thinking*) estava negativamente relacionado à melhoria de participação (*agency*), ou seja, na base para os objectivos delineados por estes indivíduos poderia estar nas “falsas esperanças”. Segundo Snyder et al (2002), as ilusões positivas proporcionam energia motivacional (*agency*), devido à percepção que os indivíduos possuem relativamente a si próprios e do mundo que as rodeia, como algo de positivo. As pessoas sentem maior capacidade (*empowerment*) para proceder e criar alterações. Os mesmos autores referem ainda que as ilusões positivas só são consideradas adaptativas quando são usadas de forma moderada, ao contrário do que habitualmente acontece com os indivíduos com uma psicopatologia. Referem ainda que a Esperança serve para conduzir as emoções e o Bem-Estar das pessoas.

Farran, Sallowy, e Clarke referem que a persecução de objectivo, e a realização, o sucesso, e orientação para o futuro são importantes nas construções de esperança para os jovens adultos, mas não para os adultos mais velhos (Wolverson et al, 2010).

Algumas investigações demonstraram que a Esperança possui um potencial intencional para a terapêutica, apoiando e justificando a posição na expectativa de cura (Barros de Oliveira, 2010; Groopman, 2004; Magão e Leal, 2001, citado por Barros, 2009), tornando-se desta forma, fundamental à mobilização de forças para o restabelecimento do estado de saúde, ao nível biopsicossocial, uma vez que este é um importante predictor da saúde e da Qualidade de Vida (Pais Ribeiro, Pedro & Marques, 2008).

Moraitou et al, num estudo que realizaram para verificar a relação entre a Esperança e a adaptação ao envelhecimento, sugerem que a Esperança se encontra relacionada com a tendência de nos percepcionarmos de modo positivo quando comparados com os outros socialmente (2006).

A Esperança está associada de modo geral com as condições de adaptação do ser humano, nas mais variadas formas (Moraitou et al, 2006). Assim sendo será relevante estudar, para além da Esperança nos idosos e da relação desta com a Qualidade de Vida, as variáveis individuais e sociodemográficas, nomeadamente a idade, o género, o estado de saúde entre outros, bem como o contexto em que estes se encontram inseridos

A maioria dos estudos na área da Esperança aborda esta temática, sendo que muitos deles fazem referência ao facto de não haver relação entre a Esperança e o género (Snyder, 1995, citado por Creamer et al, 2009).

Num estudo que realizou com o objectivo de fazer uma Avaliação da Esperança Disposicional em sobreviventes com lesões, Creamer et al (2009) verificaram uma relação significativa com a educação, o estado civil. O mesmo não se verificou com as variáveis idade e género. Verificaram ainda que a Esperança apresenta relação com as variáveis sobre as quais existe algum controle pessoal, o que não acontece com as variáveis incontroláveis.

Moraitou et al (2006), num estudo com 150 idosos, que tinha como objectivo estudar a relação entre a Esperança, a adaptação à terceira idade e os factores sociodemográficos, verificaram que existe relação entre estas variáveis, sendo que os factores que predizem os pensamentos por Caminhos são: estado civil, o estado de saúde e o impacto percebido da saúde. Deste modo, a vida solitária e a existência de problemas de saúde diminui a capacidade dos idosos encontrarem caminhos alternativos para atingir o seu objectivo, assim como a manutenção dos contactos sociais e familiares dos idosos e da saúde. No que concerne ao Pensamento de “Iniciativa” o único factor que contribui para esta dimensão é o estado civil.

No que concerne ao contexto, a literatura refere a importância da manutenção do idoso em comunidade, contudo por razões de variadíssima ordem, esta nem sempre é possível levando à institucionalização do idoso (Sequeira e Silva, 2002).

Durante a revisão de literatura não foi encontrada referência ao estudo entre a Esperança e o contexto, nomeadamente entre a Esperança e idosos a residir em Lares de Terceira Idade.

Relativamente a idosos em comunidade, Moraitou et al (2006), num estudo que realizou com idosos gregos, refere que idosos em ambiente rural apresentam níveis de Esperança superiores dos que residem em contexto urbano.

Ainda neste âmbito, Oftedahl (2001), realizou um estudo com idosos, que pretendia avaliar a desesperança e o número de horas de cuidados que os idosos recebiam nas instituições, verificou que existia uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a desesperança e os cuidados recebidos nas instituições.

Bailey e Snyder (2007) realizaram um estudo para avaliar a Satisfação com a Vida e a Esperança tendo em conta a idade e o estado civil, e verificaram que não existiam diferenças no que diz respeito ao género e a etnia, mas no que diz respeito à idade verificaram que os participantes com idades compreendidas entre os 55 - 64 anos são menos esperançosos e menos capazes de determinar o modo para atingir os seus objectivos. No mesmo estudo, verificaram que o estado civil de um indivíduo tem influência nos níveis de Esperança, sendo que os indivíduos casados ou em união de facto apresentavam níveis de esperança mais elevados do que os divorciados e os viúvos. Contudo em todos apresentaram valores elevados nas subescalas da Escala da Esperança.

Segundo Bailey e Snyder (2007), estar num relacionamento duradouro pode promover "pensamento esperançoso". Contrariamente, a perda devido à separação, divórcio ou até mesmo a morte pode por em causa a determinação de uma pessoa em alcançar um objectivo.

Ferraro e Neisius (2002, citado por Baileys e Snyder, 2007) não encontraram qualquer diferença nos valores da escala da Esperança para indivíduos de meia idade, possivelmente devido à sua condição de cuidadores, uma vez que este pode ser um factor atenuante. Isto é, o facto de alguém estar a cuidar de outro, pode diminuir os traços esperançosos do cuidador.

Num estudo com o objectivo de explorar a relação entre Propósito de Vida, Esperança e a Satisfação com a Vida em três grupos etários: adolescência, idade adulta emergente, e na idade adulta, Bronk et al (2009) verificaram que a dimensão Pensamento por Iniciativa, da Esperança interfere na relação entre o Propósito de Vida e a Satisfação com a Vida em todas as três fases da vida, por sua vez a dimensão Pensamento por Caminhos, e a Esperança Global apenas interferem nessa relação durante a adolescência e a idade adulta emergente.

Gallagher e Lopez (2009) verificaram que a Esperança e o Optimismo são importantes indicadores e potenciais Pensamento de Caminho para uma saúde mental positiva. Estes resultados sugerem que a expectativa generalizada positivo, isto é o Optimismo, e as

expectativas pessoais positivas em relação ao Pensamento de Iniciativa podem ser igualmente importantes para a manutenção de aspectos sociais de bem-estar e da Qualidade de Vida.

Para a Psicologia, a avaliação da Qualidade de Vida (QDV) na população idosa não tem sido tarefa fácil, na medida em que não existe consenso naquilo que se entende por Satisfação de Vida, Bem-Estar Psicológico, Bem-Estar Subjectivo e Ânimo, aparecendo tais conceitos muitas vezes misturados, envolvendo aspectos que possuem em comum, criando assim algumas dificuldades na sua mensuração dentro de parâmetros aceitáveis.

O conceito de Qualidade de Vida é muitas vezes confundido com o conceito de Satisfação com a Vida. Contudo para Paúl et al. (2005), a Satisfação com a Vida e a Qualidade de Vida são conceitos distintos, pois a Satisfação com a Vida é considerada uma variável intrapsíquica, com características mais direccionadas para a personalidade, enquanto a Qualidade de Vida encontra-se associada a variáveis sociodemográficas, físicas e de contexto.

Para Pavot, Diener e Sandvik, a Satisfação com a Vida pode ser definida como a avaliação global feita pelo indivíduo sobre a sua vida. Aparece como uma variável individual, que o indivíduo percepção como apropriada, comparando as circunstâncias da sua vida com esse conceito standardizado (citado por Marques, Pais Ribeiro e Lopez, 2008).

Segundo Meneses, a propagação de definições de Qualidade de Vida, demonstra o interesse que esta área tem suscitado junto da comunidade científica. Por isso mesmo, e pelo facto de não existir “uma definição operacional amplamente aceite, não é desapropriado esperar que os investigadores delineiem claramente o que entendem por Qualidade de Vida e que identifiquem quais os componentes a considerar e medir (2005, citado por Silva, 2009).

A definição de QDV é complexa, ambígua e versátil, diferindo de cultura para cultura, de época para época, de indivíduo para indivíduo e até mesmo ao longo da vida de um indivíduo (Galisteu et al, 2006; Ferreira 2008).

A noção de QDV encontra-se directamente relacionado com a percepção que cada um tem de si e dos outros que o rodeiam. Esta percepção é feita mediante alguns critérios, que são valorizados de forma distinta consoante as circunstâncias: biopsicossociais, económicas, culturais e espirituais, em que o individuo se encontra. Este facto levou ao surgimento de diversas definições do conceito de QDV (Martins Ferreira, 2009).

O conceito de Qualidade de Vida é amplo e tem em conta não só a saúde física do indivíduo, mas também o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e as relações com o ambiente em que o sujeito vive (WHOQOL Group, 1995, cit. por Canavarro, Simões, Pereira & Pintassilgo, 2005, citado por Martins Ferreira 2009; Almeida, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde a “Qualidade de Vida é a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nas quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativa, padrões e preocupações” (1995, citado por Martins, 2006).

Diener, refere que a Qualidade de Vida é o principal construto do Bem-Estar. Geralmente esta é definida como "a avaliação cognitiva que o individuo faz da vida, de um modo global, ou em domínios específicos" (Bailey et al, 2007).

Para Smith (2001, citado por Sousa et al, 2003) (...)“o conceito de bem-estar mudou a partir de meados do século XX. Até aí significava apenas disponibilidade de bens materiais (...). Actualmente relaciona-se também com dimensões menos tangíveis (...). A noção de QVD também passa pela mesma alteração, engloba os recursos e o direito a “gozar a vida”.

Tal como já foi referido, o conceito de QDV varia consoante a perspectiva de cada indivíduo, sendo que para uns é considerada como unidimensional e para outros, multidimensional (Galisteu et al 2006).

No âmbito da velhice, a QDV está intimamente relacionada com a manutenção de autonomia, que para o idoso pode ser percebida como o desempenho das actividades de vida diária (Galisteu et al, 2006).

Numa revisão de bibliografia da temática da Qualidade de Vida na população idosa, Jacob (2007, citado por Teixeira, 2010) verificou que esta tem por base quatro determinantes, do ponto de vista deste, essenciais: a) ter autonomia para executar as suas actividades de vida diária; b) preservar um relacionamento regular com a família e o exterior; c) possuir recursos económicos suficientes; e d) manter actividades lúdicas e recreativas frequentes.

Castellón (2003) refere que a associação entre o envelhecimento e a QDV é algo com grande importância nas sociedades ocidentais nos dias de hoje, sendo que o conceito de QDV deve ser tido em conta como um dos principais indicadores aquando da avaliação das condições de vida dos idosos.

Para Martins (2006, citado por Almeida, 2008), (...) “o conceito de QVD evoluiu do cuidado pessoal com a saúde e boa forma física, para se converter numa preocupação com a higiene e saúde pública, estender-se aos direitos humanos, laborais e dos cidadãos, à capacidade de acesso a bens materiais e finalmente converteu-se numa preocupação da vida quotidiana e social dos indivíduos, incluindo a sua saúde”.

Paúl (2005) refere que a Qualidade de Vida e a Satisfação com a Vida dos idosos varia consoante existem variações nos factores determinantes num envelhecimento Bem-Sucedido.

Segundo Santos et al (2002, citado por Silva 2009), a Qualidade de Vida dos idosos tem em consideração diversos factores de natureza biológica, psicológica e socioestruturais, que são apontados como indicadores de Bem-Estar no Envelhecimento: longevidade, saúde física e mental, a satisfação, o controlo cognitivo, a competência social, a produtividade e a continuidade dos papéis e relações familiares e sociais.

Segundo a Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (s.d., citado por Martins, 2004), refere que quando falamos de qualidade de vida do idoso, partimos do princípio que “a senescência ou processo de envelhecimento implica, à medida que o tempo passa, a perda de adaptabilidade do organismo e a consequente diminuição das capacidades de Fazer, Ter e Conseguir. No entanto, a pessoa idosa pode ter QVD e tanto maior, quanto mais o Fazer, Ter e Conseguir se aproxima, com ou sem a ajuda, do Fazer, Ter e Conseguir da mesma pessoa no uso pleno das suas capacidades”.

Segundo Santos (2008) ter QDV significa beneficiar de um conjunto de condições onde o indivíduo é capaz de desenvolver ao máximo as suas potencialidades, vivendo, sentindo, trabalhando e produzindo.

Qualidade de Vida é particularmente importante na terceira idade, e em idosos em situação vulnerável. O estado de saúde tem influência significativa na sua Qualidade de Vida Percebida, bem como sobre seu funcionamento cognitivo e social. Estes domínios da vida dos idosos devem ser representados na medida em que usamos. (Efklides et al, 2006).

Os modelos de Qualidade de Vida vão desde a Satisfação com a Vida, ao Bem-Estar Social, a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. Nos dias hoje, este constructo encontra-se relacionado, também, com dimensões menos tangíveis, como é o caso do sentido de segurança, da dignidade pessoal, das oportunidades de atingir objectivos pessoais, da satisfação com a vida, da alegria e do sentido positivo de si (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

A QDV pode reflectir experiências agradáveis que motivam as pessoas a perseguir os seus objectivos (Frisch et al, 2005, citado por Bailey et al, 2007).

Paúl e Fonseca (2005) referem que muitos defendem que a QDV passou ser vista como um indicador de adaptação ao envelhecimento, e este facto fez com que surgisse por parte da comunidade científica um crescente interesse pela população idosa e da sua QVD. Num estudo realizado por estes autores, em Portugal, que teve como objectivo avaliar as condições dos idosos em contextos rural, verificaram que a Qualidade de Vida Física varia de acordo com as actividades de vida diária, podendo favorecer o seu desempenho. Verificaram ainda que a Qualidade de Vida Psicológica varia de acordo com as variáveis sociodemográficas. Assim sendo, tendo em conta o género, os homens têm mais QVD. No que diz respeito ao estado civil são os indivíduos casados que apresentam melhor QVD. No que concerne as habilitações literárias e aos rendimentos, verificaram que os idosos com melhor QVD são os idosos mais instruídos e com um nível socioeconómico mais elevado.

Numa investigação com idosos institucionalizados, Lai et al (2005, citado por Martins Ferreira, 2009) os resultados revelaram que estes idosos apresentam níveis elevados de Qualidade de Vida.

Savonitti, num estudo com idosos institucionalizados verificou que a situação conjugal apresenta uma influência considerável, nomeadamente, sobre os domínios: estado geral de saúde e saúde mental. Verificou ainda que o aumento do grau de dependência em algumas das actividades de vida diárias se encontra associado a uma avaliação menos positiva do idoso no que diz respeito ao domínio capacidade funcional (2000, citado por Martins Ferreira, 2009).

Pinho (2005), num estudo realizado em Portugal, com duas amostras de idosos (institucionalizados e outra de idosos não institucionalizados) observou, no que diz respeito a expectativas face à saúde, que os idosos institucionalizados referiam, na sua maioria, uma “melhor” saúde, enquanto os não institucionalizados, a referiam como “pior”.

Num estudo realizado por Andrade & Martins (2011), com o objectivo de estudar a funcionalidade das famílias e a sua Qualidade de Vida dos idosos, as autoras verificaram que no que concerne as características sociodemográficas, apenas a idade influencia a percepção da Qualidade de Vida, sendo que quanto maior for a idade do individuo pior é a Qualidade de Vida dos idosos. Segundo as autoras este resultado estará associado ao facto de que à medida que os anos passam os problemas de saúde aumentam, assim como a probabilidade de o individuo sofrer perdas, o que vai influenciar a Qualidade de Vida destes idosos.

Fernández- Ballesteros (citado por Silva, 2009), num estudo que realizou verificou que o grau de Qualidade de Vida dos idosos está directamente relacionado com o contexto e as circunstâncias em que estes vivem. Bem como o estilo de vida adoptado e de factores como a posição social, a idade e o género sexual.

Num outro estudo Martins (2004) concluiu que “quanto mais elevada for a idade, menor é o padrão de qualidade de vida”.

Almeida (2008), num estudo que avaliou a Qualidade de Vida de idosos na região de Lamego, utilizando a Grelha de Avaliação de Qualidade de Vida, verificou que a maioria dos indivíduos da amostra apresenta valores satisfatórios de Qualidade de Vida. No que concerne as dimensões da Qualidade de Vida, verificou que a maioria dos idosos tem uma comunicação centrada na residência, e mobiliza-se sem ajuda ou recorrendo a ajudas técnicas. Relativamente as suas actividades de vida diária, estas são realizadas com a ajuda de outras pessoas. A maioria dos idosos não possui actividade a nível ocupacional, nem actividades lúdicas. No que diz respeito a relação de ajuda, verifica-se que a maioria possui ajuda entre os elementos da família e o idoso. Finalmente no que concerne aos recursos económicos, a maioria refere-os como insuficientes.

Ainda no mesmo estudo Almeida (2008) verificou, no que concerne, as variáveis sociodemográficas, que os idosos do sexo masculino são os que apresentam um índice de qualidade de vida mais elevado. Quanto ao grupo etário, verificou que à medida que a idade aumenta a Qualidade de Vida diminui. No entanto, no que diz respeito ao estado civil, conclui-o que os idosos casados apresentam uma média de Qualidade de Vida superior aos idosos viúvos. Finalmente, em relação as habilitações literárias constatou que à medida que a literacia aumenta, aumenta também a média de Qualidade de Vida.

Por outro lado Martins (2004) num estudo que desenvolveu na região de Viseu concluiu o que os indivíduos pessoas idosas do sexo feminino, na sua maioria, apresentam uma vida com qualidade.

No que se refere ao estudo da Qualidade de Vida e da Esperança, Marques, Pais Ribeiro e Lopez (2008) referem que a Esperança e a Satisfação com a Vida são variáveis individuais que reflectem uma natureza disposicional. Nos últimos tempos têm recebido especial atenção no que concerne ao papel que desempenham na construção de um desenvolvimento humano positivo e como potenciais contributos para o desenvolvimento de outros comportamentos e atitudes positivas.

Voitkane, Mietzite e Vanags realizaram um estudo onde pretendiam estudar a relação entre a Esperança e a Satisfação de Vida, o Bem-Estar Psicológico e a Depressão em estudantes universitários que frequentavam o primeiro ano. Estes autores concluíram que existe uma correlação positiva entre o nível de Esperança e a Satisfação de Vida, bem como com a percepção do Bem-Estar Psicológico. Em contrapartida, verificaram uma correlação negativa entre a Esperança e a Depressão (2006, citado por Barros, 2009).

Numa outra investigação, realizada com crianças, Marques e colaboradores, puderam concluir que a Esperança e a Satisfação de Vida são significativamente menores em crianças e jovens expostos à violência interp parental, quando comparados com crianças e jovens da comunidade em geral (2008, citado por Barros, 2009).

Marques, Ribeiro e Lopez (2008) realizaram um estudo longitudinal cujo objectivo era avaliar a estabilidade das respostas às escalas de Esperança e de Satisfação com a Vida para estudantes após um período de 6 meses numa população de crianças e adolescentes. Os resultados suportam a premissa teórica de que a Esperança e a Satisfação com a Vida compreendem propriedades de componentes traço.

Num outro estudo onde se pretendia explorar a relação entre a Satisfação de Vida e os constructos da Esperança, Bailey et al (2007) verificou que existe uma relação significativa entre as variáveis, sendo que o pensamento por “Iniciativa” demonstrou ser o preditor mais relevante para a Satisfação de Vida.

“De um modo geral a bibliografia sustenta que os conteúdos conceptuais e metodológicos da Psicologia Positiva e da Esperança perspectivam um posicionamento equitativo e futurista de potenciar o Bem-Estar e a Qualidade de Vida do ser humano” (Barros, 2009).

Morais (2010), verificou num estudo com o objectivo de avaliar a Qualidade de Vida e Esperança em dois grupos de toxicodependentes, que existe uma associação significativa e positiva entre a Qualidade de Vida e a Esperança.

Baileys et al (2007) realizou um estudo onde relacionou a Esperança e o Optimismo com a Satisfação com a Vida, e verificou que a dimensão Pensamento de “Iniciativa” é um forte preditor da Satisfação com a Vida. Segundo os autores o facto de acreditarmos que podemos alcançar um Objectivo, faz com que aumentamos o nosso Bem-Estar e que podemos gerar meios para superar os obstáculos.

Abdel-Khalek e Snyder (2007) na validação da escala de Snyder para os países árabes, verificou que uma correlação positiva significativa entre a Esperança com o Optimismo, auto-estima, os afectos positivos, a Felicidade, a Satisfação com a Vida.

II. Metodologia

A metodologia consiste no estudo do melhor percurso para abordar determinadas problemáticas no seu estado actual de conhecimento. Para isso é necessário escolher a melhor forma de o fazer, para deste modo alcançar os objectivos previamente estabelecidos e fundamentados nas realidades teóricas e empíricas existentes (Reis, 2008).

Baseados nestes pressupostos teóricos, elaboramos o capítulo que se segue. No decorrer do mesmo, vão sendo apresentadas e explicadas as várias etapas do processo de pesquisa: a conceptualização e objectivos do estudo; a definição de variáveis; a formulação de hipóteses; os instrumentos de colheita de dados; a determinação da amostra, os procedimentos desenvolvidos e por último o tratamento estatístico utilizado.

Conceptualização do Estudo

O envelhecimento e a sua adaptação acarretam ao ser humano muitas mudanças, que por vezes exigem do indivíduo um esforço físico e psicológico adicional. Esta fase do ciclo vital impõem limites associados à idade e à plasticidade comportamental, que resultam num aumento das perda ou diminuição dos ganhos no contexto biopsicossocial, consequentemente emoções negativas (Fonseca, 2004).

O panorama demográfico actual e as consequências deste no sistema social obrigam à reconsideração do papel concedido aos idosos em Portugal, em que urge a necessidade de promover a qualidade de vida numa etapa de vida em que o declínio físico e psíquico é incontornável.

A fundamentação teórica evidencia que a Esperança constitui um investimento por excelência para o desenvolvimento do funcionamento humano de um modo positivo, tornando-se numa forma inovadora e complementar de delimitação das experiências e vivências das emoções negativas (Snyder e Lopez, 2002; Barros 2009).

Questões de investigação

Após revisão bibliografia e identificação do estado da arte da problemática em causa, foram criadas as seguintes questões de investigação:

- Será que a Esperança nos Idosos varia com o seu contexto residencial?
- A institucionalização dos idosos exerce influência na sua Qualidade de vida?

- Quais as variáveis sociodemográficas que têm influência na Esperança e na Qualidade de vida dos idosos
- Será que a Qualidade de Vida dos Idosos é preditora da sua Esperança?

Objectivos do Estudo

Esta realidade fundamenta a pertinência da presente investigação, que tem como objectivo geral estudar a Esperança e a Qualidade de Vida de dois grupos de idosos, tendo em conta variáveis sociodemográficas.

Partindo deste objectivo geral, foram considerados os seguintes objectivos específicos:

- Identificar em dois grupos de idosos (institucionalizados e não institucionalizados) a Qualidade de Vida e a Esperança;
- Verificar se existem diferenças estatisticamente significativas, tendo em conta as variáveis sociodemográficas, no nível da Esperança e de Qualidade de vida;
- Comparar em dois grupos de idosos a Qualidade de Vida e a Esperança nos dois.
- Verificar se a Qualidade de Vida influencia a Esperança (nas suas dimensões: Pensamento de Iniciativa e Pensamento de Caminho) nos dois grupos de idosos ou vice-versa.

Material e Método

O estudo em causa quanto ao controlo das variáveis é não experimental, relativamente ao nível de conhecimentos, é correlacional, pois pretende correlacionar variáveis(Esperança Qualidades de Vida e factores individuais e sociodemográfico, tais como o género, a idade, o estado civil e a formação académica, entre outros, e as variáveis contextuais como a saúde e a família). É ainda um estudo descritivo porque descreve situações concretas e insere-se no âmbito das metodologias quantitativas.

Definição das Variáveis em Estudo

Neste estudo foram tidas em conta duas **Variáveis Dependentes** (principais) que se circunscrevem à Esperança (e as suas duas dimensões pensamento por “Caminhos” e por “Iniciativa”), e a Qualidade de Vida (nas suas sete dimensões).

No que concerne às **Variáveis Independentes** são constituídas pelos grupos que designamos de factores individuais, sociodemográficos e contextuais, como podemos observar através do modelo conceptual que seguidamente apresentamos.

Modelo Conceptual

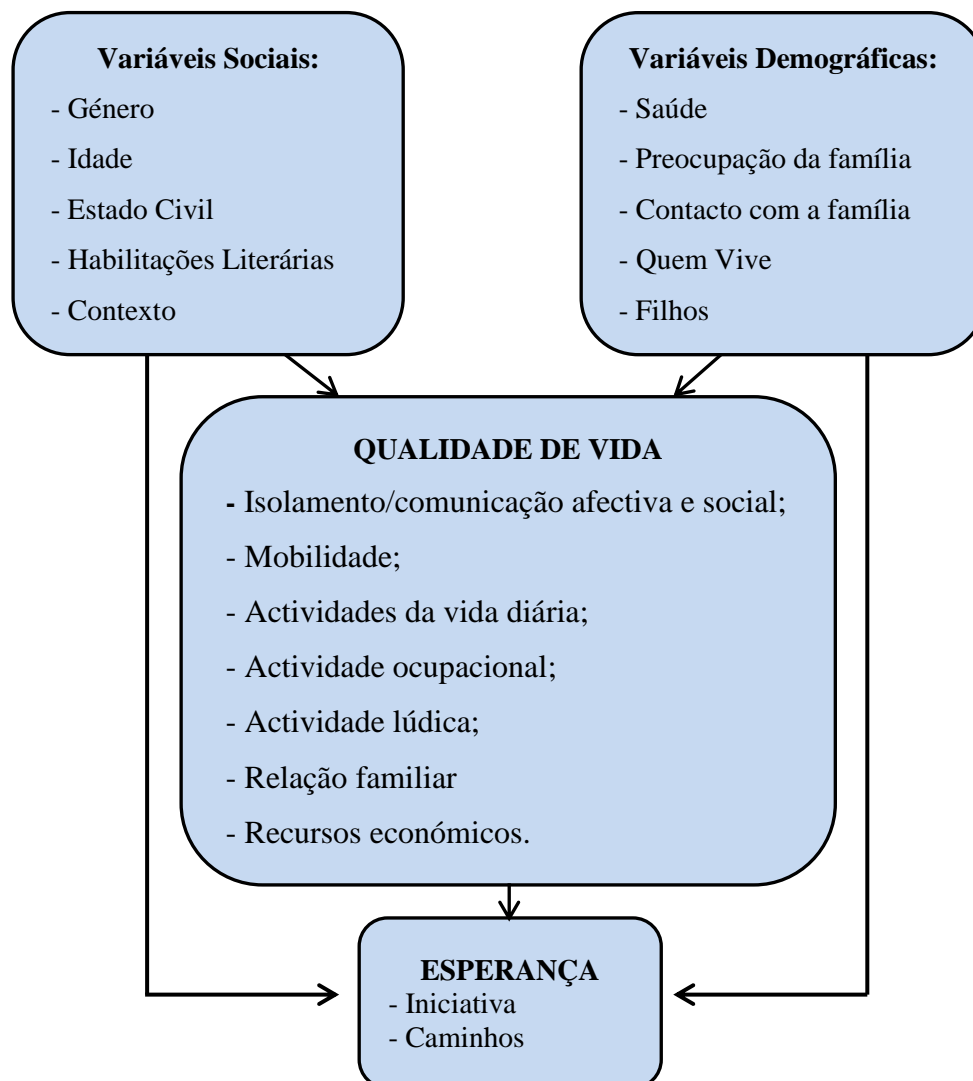


Figura 2: *Modelo Conceptual de Investigação*

Hipóteses de Investigação

Tendo em conta os objectivos delineados para esta investigação, foram elaboradas as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1: Existe correlação positiva e estatisticamente significativa entre os níveis de Esperança e a Qualidade de Vida nos idosos.

Hipótese 2: Existe correlação positiva e estatisticamente significativa entre as dimensões da Esperança e a Qualidade de Vida nos idosos.

Hipótese 3: Existem diferenças significativas nos índices de Esperança e nas suas dimensões, apresentados por idosos a residir no seu contexto e idosos institucionalizados.

Hipótese 4: Existem diferenças significativas nos níveis de Qualidade de Vida e as suas dimensões, apresentados por idosos a residir no seu contexto e idosos institucionalizados.

Hipótese 5: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os índices de Esperança e das suas dimensões, e os dados sociodemográficos dos idosos que compõe a amostra.

Hipótese 6: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis da Qualidade de Vida e as suas dimensões, e os dados sociodemográficos da amostra.

Hipótese 7: A Qualidade de Vida e as suas dimensões, a idade e o grupo são variáveis preditoras da Esperança e das suas dimensões.

Instrumento de colheita de dados

Para a realização deste trabalho foram aplicadas 2 escalas: a Escala de Esperança denominada escala do Futuro e a Grelha de Avaliação da Qualidade de Vida que consiste num indicador genérico da qualidade de vida. Foi igualmente aplicado um questionário de dados sociodemográficos e contextuais com vista a proceder a uma caracterização da amostra.

Foram ainda utilizados a Escala Geriátrica da Depressão e o Mini Exame Mental de Folstein como instrumento de despiste e selecção dos elementos da amostra. A aplicação destes instrumentos teve como finalidade, efectivar os critérios de inclusão, no sentido de assegurar que todos os elementos da amostra possuíam a capacidade de perceber o que lhes é pedido. Além disso e uma vez que se pretende avaliar a Esperança dos inquiridos ou

seja as expectativas positivas acerca do futuro, não fazia sentido avaliar pessoas deprimidas e demenciadas.

A Escala da Esperança (Futuro)

A Escala da Esperança (ver anexo 1), igualmente designada por escala do Futuro, é utilizada para avaliar a esperança em adultos. Este constructo é considerado pelos autores originais, Snyder (citado por Pais Ribeiro, 2007), um conceito disposicional, que segundo os mesmos pode sofrer alterações ao longo do tempo mediante intervenção. É um constructo com ênfase cognitiva, contudo as emoções assumem igualmente um papel preponderante tendo em conta que estas reflectem o nível de percepção de um indivíduo em situações específicas.

A presente escala foi originalmente construída por Snyder, tendo por base as teoria descritas na introdução, em que estão integrados dois elementos, um motivacional (*Agency*) e outro de competência para gerar caminhos ou formas de alcançar o que é pretendido (*Pathways*) (Pais Ribeiro, 2007).

Originalmente desenvolvida por Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving, Simon e colaboradores em 1991, a escala da Esperança, foi adaptada e aferida para a população portuguesa, com confirmação psicométrica (consistência interna) tendo por base dois estudos que foram divulgados em 2006. Ambos os estudos são da co-autoria de Pais Ribeiro, e descrevem a escala quanto às suas propriedades psicométricas e características estruturais, pois foram testadas em termos de fidelidade e validade de constructo.

O primeiro estudo, realizado por Pais Ribeiro, Pedro e Marques, teve como base uma amostra clínica de uma população-alvo de doentes com esclerose múltipla. Neste estudo os autores verificaram a presença dos dois factores que explicavam 64,35 da variância total. A consistência interna apresentou valores de Alpha de Cronbach de 0,79 para o factor “caminhos” e de 0,76 para o factor “iniciativa”, enquanto a escala total apresenta um valor de 0,86. Na sua versão original Snyder e colaboradores encontraram valores de Alpha de Cronbach entre 0,74 e 0,84 para a escala total, entre 0,63 e 0,80 para o factor “caminhos” e finalmente entre 0,71 e 0,76 para o factor “iniciativa”. Face a isto podemos afirmar que a versão portuguesa da escala tende a apresentar valores relativos à consistência interna, superiores aos apresentados na versão. No nosso estudo, no que diz respeito à fiabilidade da escala (cf Tabela 1), podemos verificar que os valores do Alfa de Cronbach são classificados

como bons, variando entre 0,804 a 0,727 para todos os seus itens. A consistência interna apresenta um Alpha de Cronbach de 0,77, para a globalidade da escala original.

Tabela 1: *Consistência Interna da Escala do Futuro*

Nº Itens	Itens	Média	Dp	Correlação Item total	α com item
A	Consigo pensar em várias maneiras de me desenrascar.	6,69	1,587	0,725	0,728
B	Tento alcançar incansavelmente os meus objectivos.	6,74	1,338	0,631	0,743
C	Sinto-me cansado(a) maior parte do tempo.	6,44	1,731	0,014	0,804
D	Existem vários caminhos para ultrapassar um problema.	6,34	1,707	0,590	0,741
E	Sou facilmente dominado(a)/derrotado(a) numa discussão.	4,75	1,731	0,024	0,803
F	Consigo pensar em várias maneiras de ter coisas que acho importante para mim.	6,40	1,428	0,585	0,745
G	Preocupo-me com a minha saúde.	7,11	1,517	0,423	0,760
H	Mesmo quando os outros se sentem desencorajados, eu sei que posso encontrar um caminho para resolver um problema.	5,87	1,733	0,446	0,758
I	A minha experiência preparou-me bem para o futuro.	6,55	1,410	0,638	0,741
J	Tenho sido bem sucedido(a).	6,55	1,690	0,447	0,758
K	Normalmente ando preocupado(a) com alguma coisa.	6,33	1,902	0,051	0,804
L	Alcanço os objectivos que estabeleço para mim.	5,94	1,669	0,716	0,727
Coeficiente alfa Cronbach global				$\alpha = 0,777$	

No concerne à consistência interna das subescalas da Escala do Futuro (cf. Tabela 2), podemos verificar que os valor do Alfa de Cronbach para a subescala Iniciativa é 0,801 e para a sub-escala Caminhos 0,825, são classificados como bons.

Tabela 2: *Consistência Interna das SubEscala do Futuro*

Nº Itens	Itens	Média	Dp	Correlação Item total	α com item
Sub-escala Iniciativa					
A	Consigo pensar em várias maneiras de me desenrascar.	6,69	1,587	0,698	0,708
D	Existem vários caminhos para ultrapassar um problema.	6,34	1,707	0,616	0,752
F	Consigo pensar em várias maneiras de ter coisas que acho importante para mim.	6,40	1,428	0,641	0,740
G	Preocupo-me com a minha saúde.	7,11	1,517	0,514	0,797
Coeficiente alfa Cronbach				$\alpha = 0,801$	
Sub-escala Caminhos					
B	Tento alcançar incansavelmente os meus objectivos.	6,74	1,338	0,706	0,761
I	A minha experiência preparou-me bem para o futuro.	6,55	1,410	0,726	0,748
J	Tenho sido bem sucedido(a).	6,55	1,690	0,622	0,796
L	Alcanço os objectivos que estabeleço para mim.	5,94	1,669	0,580	0,816
Coeficiente alfa Cronbach				$\alpha = 0,825$	

A referida escala é constituída por 12 itens (apresentados afirmativamente), oito dos quais avaliam a esperança e os restantes quatro representam distractores. Dos 8 itens que avaliam a Esperança, 4 (A, D, F e G) avaliam a “Iniciativa” (passada, presente e futura) e os outros 4 (B, I, J e L) os “Caminhos”.

Cada afirmação permite uma resposta numa escala ordinal, que varia entre totalmente falso (1) e totalmente verdade (8).

Em termos de cotação a escala apresenta três notas: uma de esperança global, resultante de todos os itens; e uma nota por cada uma das dimensões da Esperança resultante da soma de cada grupo que as compõe.

Considerando que o autor não apresenta grupos de corte, optámos por fazê-lo neste estudo, tendo por base a fórmula recomendada por Pestana e Gageiro (2005): (Média $\pm 0,25dp$).

Assim obtivemos três grupos de corte para a Esperança e que são os seguintes:

Baixa Esperança (≤ 43), **Esperança Moderada** (valores entre 50 e 52) e **Esperança Elevada** (≥ 53).

Grelha da Avaliação da Qualidade de Vida

Para determinação da qualidade de vida, foi utilizada a grelha de avaliação para cálculo do índice de QVI proposta e testada na população portuguesa pela Direcção Geral de Saúde (1995) (ver anexo 2).

A Grelha da Avaliação de Qualidade de Vida foi desenvolvida por um grupo de trabalho da Direcção Geral de Saúde em 1993. Segundo os autores, a criação desta grelha deveu-se ao facto de na época não existir um instrumento que permitisse, de forma rápida e eficaz, avaliar as necessidades de modo global de apoio à pessoa idosa de modo a perceber de modo rápido as prioridades de intervenção e monitorizar a evolução da respectiva intervenção (Ferreira, 2008).

É uma escala constituída por sete componentes básicos da vida adulta nomeadamente: (1) isolamento/comunicação afectiva e social; (2) mobilidade; (3) actividades da vida diária; (4) actividade ocupacional; (5) actividade lúdica; (6) relação familiar e (7) recursos económicos.

Cada um destes componentes é dividido em classes com pontuações que variam de zero (0) a oito (8) oscilando o índice de QVI entre uma pontuação mínima de 3 e uma pontuação máxima de 50 considerando-se existir qualidade de vida para valores iguais ou superiores a 23 pontos.

A operacionalização das variáveis que constituem a escala torna-se pertinente no sentido de unificar conceitos. Assim sendo, os sete variáveis têm em conta os seguintes componentes:

- Isolamento/comunicação afectiva social

Isolamento – ausência de comunicação.

Comunicação afectiva – relações afectivas que se estabelecem e desenvolvem entre o idoso e os elementos da família, amigos ou vizinhos.

Comunicação social – relações não afectivas com pessoas, lugares ou acontecimentos, quer por contacto directo, quer através dos meios de comunicação social.

Domicílio – local actual de residência.

Envolvente habitacional – ambiente arquitectónico e social que circunda o domicílio.

Mundo exterior – todo o que fica para além da envolvente habitacional.

- Mobilidade

Mobilidade – capacidade de mudança da posição corporal e da deslocação de um lado para o outro.

Ajuda técnica – qualquer produto, instrumento, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a incapacidade.

- Actividades de Vida Diária

Actividade de vida diária - todas as acções quotidianas que é necessário realizar para satisfazer as necessidades humanas básicas.

Necessidades humanas básicas – as necessidades vitais que são comuns a todos os seres humanos e que são essenciais à manutenção da vida e ao bem-estar do indivíduo.

- Actividade Ocupacional

Actividade ocupacional – tarefas ou actividades de natureza profissional.

- Actividade Lúdica

Actividade lúdica – actividade cultural, recreativa ou de lazer que proporciona divertimento, distracção ou passatempo.

- Relação Familiar

Família – conjunto de pessoas que coabitam, independentemente da existência de parentesco.

Relação familiar – relação afectiva e social entre o idoso e os elementos da família.

Participação familiar – ligação afectiva e social implicando relação de ajuda entre os elementos da família e o idoso.

Integração familiar funcional – inserção do idoso no núcleo familiar, da qual resultam laços familiares gratificantes.

- Recursos Económicos

Recursos económicos – o quantitativo monetário mensal fixo.

Insuficientes – quando não satisfaz as necessidades básicas.

Suficientes – quando satisfaz as necessidades básicas.

Questionário de Dados Sócio-demográficos:

Este questionário foi elaborado pelo autor do estudo e tinha por finalidade a recolha de dados que procedessem a uma caracterização sociodemográfica e contextual da amostra.

Assim o questionário de dados sócio-demográficos (ver anexo 3) é constituído por dois grupos de questões: I – Dados Pessoais; II – Factores Situacionais, perfazendo um total de doze questões, seis das quais construídas de uma forma fechada sendo as restantes sete abertas.

Os dados pessoais, integram variáveis do tipo idade, sexo, escolaridade entre outras; a segunda parte consiste nos factores situacionais, tais como a situação familiar, social e contextual dos idosos.

População e Amostra

A população alvo deste estudo é constituída por idosos a residir na comunidade e em lares de terceira idade. Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência, uma vez que a escolha dos participantes foi feita tendo em conta os indivíduos que se encontravam disponíveis para responder às questões formuladas e que simultaneamente cumprissem os critérios de inclusão.

Assim a amostra total é constituída por 100 indivíduos, que se subdividiram em dois grupos:

- Grupos A – idosos a residirem em Lares de Idosos;
- Grupo B – idosos que se encontram na comunidade

Cada um dos grupos é constituído por cinquenta elementos, sendo que destes $n = 31$, são do género masculino e os restantes do género feminino ($n = 69$).

No que concerne à média de idade da amostra (cf. Tabela 3), os idosos institucionalizados (grupo 1) apresentam uma média de 84,38 anos, variando esta distribuição entre os 65 e os 98 anos.

O grupo 2 é constituído por idosos a residir na comunidade. Este grupo apresenta uma média de idade de 78,38 anos, apresentando uma variação entre os 65 e os 91 anos.

No que diz respeito à amostra global a média de idades é de 81,38 anos

Tabela 3: *Distribuição dos idosos, em função da idade*

Grupos	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Institucionalizados	84,38	6,285	65	98
Não Institucionalizados	78,38	7,632	65	91
Total	81,38	7,581	65	98

Para a escolha dos participantes de todos os grupos da amostra, foram colocados alguns critérios de selecção, entre os quais, a idade igual ou superior a 65 anos, indivíduos que ao

nível da Escala Geriátrica da Depressão, apresentassem resultados inferiores a 10 (eventualmente este valor será alargado, para indivíduos que possuam depressão ligeira (11-20), uma vez que esta população refere frequentemente a falta de apoio e companhia da família e das pessoas mais próximas, o que pode tornar difícil encontrar indivíduos que apresentem sintomas depressivos dentro do que é denominado de “normal”); e indivíduo que relativamente a escala do Mini Exame de Folstein, apresentassem valores iguais ou inferiores a quinze (15), para analfabetos; igual ou inferiores vinte e dois (22), para sujeitos com um a onze anos de escolaridade; e igual ou inferior a vinte e sete pontos para os mais escolarizados.

Para além dos critérios em comum com os dois grupos, cada grupo possui critérios específicos:

- Grupo A: deste grupo foram excluídos os acamados, pois não fará muito sentido avaliar a Esperança e a Qualidade de Vida destas pessoas, uma vez que estas, apresentam limitações físicas, e muitas vezes associado a isto, também limitações ao nível cognitivo, o que faz com que estes dependam de outros para executar as tarefas mais básicas;
- Grupo B: Os critérios aqui considerados são: um maior número de utentes, a área geográfica mais próxima e claro as que se demonstraram disponíveis;

Procedimento formais e éticos

Uma vez, que esta investigação tem como objectivo investigar os níveis de Esperança e de Qualidade de Vida de idosos em dois contextos distintos (Instituição e Domicílio), o primeiro passo consistiu em contactar as Instituições com valência de Lar (grupo A). A amostra dos idosos a residir em instituições foi recolhida em lares de terceira idade, IPSS e privados, nomeadamente no Centro Paroquial de Assistência do Reguengo do Fetal (CPA/RF) (ver anexo 4) e Lar Alexandrina Bartolomeu (ver anexo 5), no concelho da Batalha.

Para conseguir aceder a esta população a residir em comunidade (grupo B), pedimos a colaboração do Centro de Saúde da Batalha, nomeadamente da extensão do Reguengo do Fetal, da Paróquia do Reguengo do Fetal e do CPA/RF que nos facilitou o acesso aos utentes a quem prestam apoio na sua residência. Para além destas entidades tivemos ainda a ajuda de alguns membros do grupo de voluntárias e funcionárias, assim como de familiares e amigos.

Recorremos à cooperação destes indivíduos para que nos ajudassem na aproximação destes idosos, uma vez que esta população, devido a sua vulnerabilidade, desconfia das pessoas que as abordam, que na maioria das vezes o fazem por “má fé”.

A administração dos quatro questionários foi realizada entre Janeiro e Maio de 2011. Sendo que a aplicação dos instrumentos de colheita de dados foi realizada num único momento.

Dado o grande volume de população analfabetos junto da população idosa, optámos por ler nós próprios, explicando previamente a cada idoso que seria o investigador a registar por escrito as respostas dadas.

A aplicação das escalas e do questionário, nas instituições foi realizada pelos investigadores, não se tendo verificado esta situação, em algumas situações, junto dos idosos em comunidade, por indisponibilidade por parte destes, ficando a aplicação a cargo de familiares e amigos.

A selecção e mobilização dos idosos possíveis participantes a residirem em instituições foram realizadas, em ambos os casos por Técnicos Superiores (Psicóloga e Assistente Social).

A passagem dos instrumentos teve uma duração aproximada de 20 a 30 minutos. Relativamente aos factores de inclusão, apenas foi excluído um indivíduo que não preenchia os critérios de selecção.

Procedimento do Tratamento dos dados

Os dados obtidos foram submetidos a tratamento estatístico a partir do *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 19.0 para o *Windows*. Para a caracterização da amostra recorreu-se à estatística descritiva.

Para efectuar a análise inferencial foram recodificadas algumas variáveis, nomeadamente a variável idade, estado civil, habilitações literárias, estado de saúde, número de filhos, quem vive, preocupação da família e frequência de visitas, de modo a criar grupos homogéneos em termos de frequências absolutas.

No tratamento das variáveis, para a análise inferencial foram utilizados os seguintes testes paramétricos: Correlação de Pearson's para verificar a existência de relação entre as variáveis dependentes e as suas dimensões. Este teste consiste numa associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica a intensidade de uma (em média) é

acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso.

Para a avaliação das escala da Esperança e nas suas duas dimensões, e para a Qualidade de Vida foi utilizado a análise de variância multivariada (MANOVA) para avaliar as diferenças das escalas (Esperança e Qualidade de Vida) e das suas dimensões. O objectivo desta opção visou evitar uma sucessão de testes comparativos nos instrumentos com várias dimensões, reduzindo-se, assim, a probabilidade do erro Tipo 1 (Laureano, 2011).

Nos casos em que se verificou variância foi feita uma análise comparativa para grupos independentes (teste *t* para amostras independentes), e a ANOVA, para testar as diferenças nas variáveis que apresentavam três grupos.

Finalmente para estudar a relação entre a Esperança e as suas dimensões, e a Qualidade de Vida e as suas dimensões, efectuamos análises de regressões múltiplas, pois é o método mais utilizado para realizar análises multivariadas, particularmente quando se pretende estudar mais que uma variável independente em simultâneo e uma variável dependente.

O método de estimação usada foi o de *stepwise* (passo a passo) que origina tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente.

I. Apresentação de Resultados

Esta parte do trabalho consiste na apresentação dos resultados obtidos na elaboração deste estudo. Para uma melhor compreensão, vamos seccionar este capítulo em três partes: a análise descritiva, a análise inferencial e finalmente a discussão dos resultados.

Uma vez que pretendemos avaliar diferenças entre os idosos residentes no domicílio e os que se encontram institucionalizados os dados serão apresentados sempre em função destes dois grupos.

Análise descritiva

No que concerne à distribuição da amostra tendo em conta a idade (cf. Tabela 4), podemos verificar que os idosos institucionalizados se concentram nos grupos etários dos 76 – 80 anos (n=12), 81-84 anos (n=12) e os que têm igual ou mais de 88 anos (n=15). No grupo dos idosos não institucionalizados, a maioria da amostra concentra-se nos idosos com idades menor ou igual a 75 anos (n=19) e os que tem idades na faixa etária dos 81 – 84 (n=12).

Na sua totalidade, a amostra concentra-se no grupo etário dos idosos que têm idades iguais ou superiores a 75 anos (n= 21), os que têm idades compreendidas entre os 80-84 anos (n=24) e os que têm idade igual ou superior a 88 anos (n=20)

Quanto ao estado civil, foram criados apenas dois grupos: o dos casados e num outro grupo juntaram-se os idosos solteiros, divorciados e viúvos e, de forma a criar grupos homogêneos em termos de frequências. Posto isto, verificamos que os idosos institucionalizados, na sua maioria são viúvos (n=44), enquanto os idosos a residir em comunidade se dividem entre solteiros/divorciados/viúvos (n=27) e casados (n=23). Na amostra total, a maioria dos idosos são solteiros/divorciados/viúvos (n=71).

Relativamente à escolaridade a maioria dos indivíduos da amostra total situa-se nos idosos com escolaridade (n=62). Nos idosos institucionalizados, estes dividem-se entre idosos sem escolaridade (n=27) e os idosos com escolaridade (n=23), por sua vez, os idosos não institucionalizados são na sua maioria letrados (n=35).

No que concerne aos filhos, quase a totalidade dos idosos da amostra tem filhos (n=89). Contudo, os dois grupos diferem quanto ao número de filhos, sendo que no grupo 1, se dividem entre aqueles que têm dois filhos (n=13) e os que têm quatro ou mais filhos (n=18), enquanto, que os idosos a residir em comunidade, na sua maioria, apenas têm 2 filhos (n=24).

Tabela 4: *Caracterização sociodemográfica da amostra em função dos grupos*

VARIÁVEIS	Grupos				Total	
	Institucionalizado		Não Institucionalizado			
	Grupo 1		Grupo 2		N	%
	N	%	N	%		
	50	50	50	50	100	100
Grupo Etário						
≤ 75	2	4,0	19	38,0	21	21,0
76 – 80	12	24,0	5	10,0	17	17,0
81 – 84	12	24,0	12	24,0	24	24,0
85 – 87	9	18,0	9	18,0	18	18,0
≥ 88	15	30,0	5	10,0	20	20,0
Sexo						
Masculino	12	24,0	19	38,0	50	50,0
Feminino	38	76,0	31	62,0	50	50,0
Estado Civil						
Solteiro	4	8,0	1	2,0	5	5,0
Divorciado	1	2,0	1	2,0	2	2,0
Viúvo	39	78,0	25	50,0	64	64,0
Casado	6	12,0	23	46,0	29	29,0
Escolaridade						
Sem Escolaridade	20	40,0	8	16,0	28	28,0
Sem Escolaridade, mas sabe ler e escrever	3	6,0	7	14,0	10	10,0
3ª Classe	13	26,0	16	32,0	29	29,0
4ª Classe	14	28,0	14	28,0	28	28,0
Mais do que ensino básico	0	0,0	5	10,0	5	5,0
Filhos						
Sim	42	84,0	47	94,0	89	89,0
Não	8	16,0	3	6,0	11	11,0
Número de Filhos						
1 Filho	3	7,1	3	8,5	7	7,9
2 Filhos	13	31	24	51,1	37	41,6
3 Filhos	8	19	10	21,3	18	20,2
≥ 4 Filhos	18	42,9	9	19,1	27	30,3
Quem vive						
Sozinho	41	82,0	22	44,0	63	63,0
Conjuge	7	14,0	25	50,0	32	32,0
Filhos	2	4,0	3	6,0	5	5,0

A maioria dos idosos da amostra reside sozinho (n=63), contudo esta realidade muda, nos idosos que vivem em comunidade que se dividem entre aqueles que vivem sozinhos (n=22) e os que vivem com os seus conjuge (n=25).

Ao analisarmos a percepção que os idosos têm sobre o seu estado de saúde (cf. Tabela 5) verificamos que a maioria da amostra considera o seu estado de saúde bastante mau/ mau ($n=48$), ou nem bom, nem mau ($n = 45$). De um modo global, esta percepção é partilhada pelos dois grupos: sendo que nos idosos institucionalizados, a maioria ($n = 29$) percebe o seu estado de saúde como bastante mau/mau, enquanto, que para a maioria dos idosos não institucionalizados, se mantém numa posição neutra nem bom, nem mau ($n = 25$).

A maioria dos idosos tem a percepção de que as suas famílias se preocupam muito pouco ($n=52$) com eles. Contudo nos idosos institucionalizados, as opiniões dividem-se entre os que acham que a sua família se preocupa pouco ($n = 21$) e os que acham que se preocupam muito pouco ($n = 19$), enquanto, que para os idosos da comunidade, a família se preocupa muito com eles ($n=33$).

Sobre a frequência com que a família visita os utentes, de um modo global verificamos que na maioria dos casos a família visita os idosos semanalmente/várias vezes por semana ($n = 49$), seguido da visita diária ($n = 27$). Numa análise de grupos, podemos verificar que a maioria dos idosos institucionalizado recebe a visita da família semanal/várias vezes por semana ($n = 25$), enquanto, que os idosos em comunidade se dividem entre o contacto semanal/várias vezes por semana ($n=24$) e o contacto diário ($n = 18$).

Tabela 5: *Caracterização contextual da amostra em função dos grupos*

VARIÁVEIS	Grupos				Total	
	Institucionalizado		Não Institucionalizado			
	Grupo 1		Grupo 2			
	N	%	N	%	N	%
	50	50	50	50	100	100
Percepção Saúde						
Bastante mau/Mau	29	58,0	19	38,0	48	48,0
Nem bom, nem mau	20	40,0	25	50,0	45	45,0
Bom/bastante bom	1	2,0	6	12,0	7	7,0
Preocupação da família						
Muito/Bastante	5	10,0	1	2,0	6	6,0
Nem pouco, nem muito	5	10,0	1	2,0	6	6,0
Pouco	21	42,0	15	30,0	36	36,0
Muito Pouco	19	38,0	33	66,0	52	52,0
Visitas da Família						
1 a 2 vezes/ano	9	18,4	7	14,3	16	16,3
15 dias a 1 mês	8	16,3	-	-	8	8,2
Semanal ou Várias/semana	25	51	24	49	49	50
Diária	7	14,3	18	36,7	25	25,5

Considerando a Qualidade de Vida dos idosos (cf. Tabela5), verificamos que os institucionalizados têm uma comunicação essencialmente limitada a envolvente habitacional (32); quanto a mobilidade a maioria é feita com ajudas técnicas (n=20); a maioria destes idosos realiza as suas actividades de vida diária com auxílio de ajudas técnicas (n=19); a actividade ocupacional da maioria destes idosos não existe (42); no que diz respeito às actividades lúdicas, a maioria possui actividade com participação familiar (n=25), seguido dos que têm actividade que dão respostas aos seus anseios (n=20); na relação familiar a maioria refere ter participação familiar (n=38); finalmente, os recursos económicos da maioria são suficientes para as necessidades básicas (n=46).

Já os idosos que residem na comunidade, apresentam uma comunicação alargada ao mundo exterior (n=31); quanto a mobilidade (n=44) e as actividades de vida diária (n=44) são feitas na sua maioria sem ajuda; no que diz respeito a actividade ocupacional esta divide-se entre os que não tem actividade (n=20) e os que têm uma actividade regular (n=20); na dimensão actividades lúdicas, a maioria acha que dão respostas aos seus anseios (n=28); considerando o relacionamento familiar a maioria refere ter uma integração familiar funcional (n=32), por último, no que concerne aos recursos económicos, o grupo divide-se entre os que referem ser suficientes para as necessidades básicas (n=22) e os que acham que vão para além das suas necessidades básicas (n=25).

Tabela 6: *Distribuição dos idosos de acordo com as dimensões avaliadas pela Qualidade de Vida*

	Grupos				Total	
	Institucionalizados		Não Institucionalizados			
	N	%	N	%	N	%
Isolamento/Comunicação						
Comunicação/Domicílio	7	14,0	1	2,0	8	8,0
Comunicação/Envolv. Habit.	32	64,0	18	36,0	50	50,0
Comunicação/M. Ext.	11	22,0	31	62,0	42	42,0
Mobilidade						
Mobilidade/ajudaoutros	13	26,0	-		13	13,0
Mobilidade/ajuda técnica	20	40,0	6	12,0	26	26,0
Mobilidade s/ajuda	17	54,0	44	88,0	61	61,0
Atividade Vida Diária						
Sem atividade	-	-	1	2,0	1	1,0
Atividade com ajudaoutros	15	30,0	1	2,0	16	16,0
Atividade com ajudas técnicas	19	38,0	4	8,0	23	23,0
Atividade sem ajuda	16	32,0	44	88,0	60	60,0
Atividade Ocupacional						
Sem atividade	42	8,0	20	40,0	62	62,0
Atividade Esporádica	8	16,0	10	20,0	18	18,0
Atividade Regular	0	0,0	20	40,0	20	20,0
Atividade Lúdica						
Sem atividade	5	10,0	14	28,0	19	19,0
Com Participação Familiar	25	50,0	8	16,0	33	33,0
Com Atividade que dê resposta aos seus anseios	20	40,0	28	56,0	48	48,0
Relação Familiar						
Sem relação familiar	1	2,0	1	2,0	2	2,0
Com participação familiar	38	76,0	17	34,0	55	55,0
Com integração familiar funcional	11	22,0	32	64,0	43	43,0
Recursos Económicos						
Insuficientes	1	2,0	3	6,0	4	4,0
Suficientes para as necessidades básicas	46	92,0	22	44,0	68	68,0
Para além das necessidades básicas	3	6,0	25	50,0	28	28,0
Total	50	100,0	50	100,0	100	100,0

A análise dos valores médios, (cf. tabela 7), revela que são os idosos não institucionalizados os que apresentam valores mais elevados em todas as dimensões, excepto para a variável actividade lúdica, onde o melhor valor recai nos idosos institucionalizados (M= 5,30; DP= 2,023).

A Esperança e a Qualidade de Vida na terceira idade

No que diz respeito à Qualidade de vida, verificamos que são os idosos não institucionalizados aqueles que apresentam níveis superiores ($M= 39,6800$; $DP= 6,96182$), comparados com os idosos institucionalizados ($M= 30,3800$; $DP= 5,52505$).

Tabela 7: *Índices médios da Qualidade de Vida e das suas dimensões, tendo em conta os grupos.*

	Grupos					
	Institucionalizados		Não Institucionalizados		Total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Isolamento/Comunicação	5,02	1,478	6,18	1,137	5,60	1,435
Mobilidade	4,90	1,940	6,76	0,657	5,83	1,718
Actividade Vida Diária	4,74	1,998	6,60	1,294	5,67	1,918
Actividade Ocupacional	1,48	1,111	3,60	2,268	2,54	2,072
Actividade Lúdica	5,30	2,023	4,72	3,058	5,01	2,596
Relação Familiar	4,82	1,758	6,50	2,063	5,66	2,085
Recursos Económicos	4,12	0,849	5,32	1,834	4,72	1,544
Qualidade de Vida	30,3800	5,52505	39,6800	6,96182	35,0300	7,80631

No que diz respeito à categorização da Qualidade de Vida, e tendo por base o ponto de corte indicado pelos autores de 23 pontos, podemos constatar pela tabela 8, que ambos os grupos (institucionalizados e não institucionalizados), na sua maioria, percebem a sua Vida com boa Qualidade, embora os domiciliados afirmem de valores superiores. Destacar ainda 14% dos institucionalizados com sentimentos de uma má QDV.

Tabela 8: *Avaliação da Qualidade de Vida tendo em conta os grupos.*

		Grupos					
		Não				Total	
		Institucionalizados		Institucionalizados			
		N	%	N	%	N	%
Qualidade de Vida	Má	7	14%	1	2%	8	8%
	Boa	43	86%	49	98%	92	92%
Total		50	100%	50	100%	100	100%

Centrando-nos nos valores da Esperança e suas dimensões, através da análise da tabela 9, verificamos, que os idosos institucionalizados apresentam valores médios mais elevados nas subescalas Iniciativa (M= 25,660, DP= 3,96212) e Caminhos (M= 26,4600; DP= 4,09684), bem como na totalidade da escala da Esperança (M= 52,1200; DP= 7,35025), quando comparados com os idosos não institucionalizados.

Tabela 9: *Índices médios da Esperança e das suas dimensões, tendo em conta os grupos.*

	Grupos					
	Institucionalizados		Não Institucionalizados		Total	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Pensamento de Iniciativa	25,660	3,96212	24,9400	6,33555	25,3000	5,26950
Pensamento de Caminhos	26,4600	4,09684	25,1000	5,67217	25,7800	4,96977
Esperança	52,1200	7,35025	50,0400	11,01754	51,0800	9,37618

No que diz respeito à categorização da Esperança, tendo por base os pontos de corte da escala do Futuro efectuado para este estudo, em que valores iguais ou inferiores a 43 pontos são indicativos de baixa esperança, valores entre os 50 e os 52 pontos indicam uma esperança moderada, e que valores iguais ou superiores a 53 indicam uma Esperança elevada.

Assim sendo, é perceptível pela tabela 10, que em ambos os grupos (institucionalizados e não institucionalizados), os idosos apresentam níveis elevados de Esperança.

Tabela 10: *Avaliação dos níveis de Esperança tendo em conta os grupos.*

		Grupos					
		Institucionalizados				Total	
		N		%		N	
Esperança	Baixa	19	38%	19	38%	38	38%
	Moderada	5	10%	2	4%	7	7%
	Alta	26	52%	29	58%	55	55%
Total		50	100%	50	100%	100	100%

Análise Inferencial

Nesta etapa do estudo, foram observadas eventuais diferenças nas dimensões analisadas pelos instrumentos de avaliação (variáveis dependentes) em função de algumas características sociais e demográficas da nossa amostra (variáveis independentes). Para tal, foram constituídos os seguintes grupos de comparação: grupo, sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, com quem vive, ter filhos, número de filhos, percepção do estado de saúde, preocupação da família e frequência de visitas da família.

Realizou-se então a análise das correlações entre a Qualidade de Vida e as sete dimensões, e a Esperança e as duas dimensões: Iniciativa e Caminhos (Escala do Futuro).

Deste modo, pode verificar-se que as dimensões Iniciativa e Caminhos, apresentam uma correlação positiva (cf. Tabela 11) com a Esperança, sendo a dimensão Caminhos ($r=0,910$) aquela que apresenta uma correlação mais forte, seguida da dimensão Iniciativa ($r=0,921$) para um nível de significância de 1%.

Relativamente à correlação entre as duas dimensões (Iniciativa e Caminhos), verificamos que existe uma correlação positiva moderada ($r=0,667$) para um nível de significância de 1%.

No que se refere aos resultados da Correlação de *Pearson* entre os sete constructos e a nota global (Qualidade de Vida) da Grelha de Avaliação, usada para verificar ao grau de relação entre estas.

Deste modo, pode verificar-se que todas apresentam uma correlação positiva com a Qualidade de Vida para um nível de significância de 1%. Sendo que o constructo Actividade Diária ($r=0,762$) aquela que apresenta uma correlação mais forte, seguida da dimensão Isolamento ($r=0,738$) para um nível de significância de 1%.

No que concerne aos resultados verificados aquando da análise das hipóteses, podemos verificar o seguinte:

Hipótese 1: Existe correlação positiva e estatisticamente significativa entre os níveis de Esperança e a Qualidade de Vida nos idosos.

Tal como podemos verificar na Tabela 11 existe uma correlação positiva entre a Esperança e a Qualidade de Vida ($r=0,209$), para um nível de significância de 5%. Perante os resultados podemos aceitar a hipótese formulada, afirmando que quantos maiores os níveis da Esperança melhor será a Qualidade de Vida dos idosos que constituem a amostra.

Hipótese 2: Existe correlação positiva e estatisticamente significativa entre as dimensões da Esperança e a Qualidade de Vida nos idosos.

Tal como indicado na Tabela 11, existe uma correlação positiva entre o Pensamento de Iniciativa e a Qualidade de Vida (0,278), para um nível de significância de 1%.

Perante os resultados obtidos não podemos aceitar a hipótese 2, que afirma que existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre as dimensões de Esperança e a Qualidade de Vida dos idosos, uma vez que apenas existe correlação com a dimensão Pensamento de Iniciativa.

Tabela 11: *Coefficientes de Correlação de Pearson entre a Qualidade de Vida, a Esperança e as dimensões das duas escalas.*

	Isolamento	Mobilidade	Activid. Diária	Activid. Ocup.	Activid. Lúdica	Relação Familiar	Recursos Económ.	QDV	Iniciativa	Caminhos
Isolamento	-----									
Mobilidade	,443**	-----								
Actividade Diária	,520**	,731**	-----							
Actividade Ocupac.	,274**	,389**	,414**	-----						
Actividade Lúdica	,299**	,062	,124	,140	-----					
Relação Familiar	,430**	,074	,242*	,059	,057	-----				
Recursos Económ.	,213*	,264**	,224*	,067	-,047	,237*	-----			
QDV	,738**	,677**	,762**	,579**	,475**	,503**	,415**	---		
Iniciativa	,109	,194	,080	,314**	,356**	-0,069	,063	,278**	---	
Caminhos	-,029	,059	-,080	,215*	,254*	-,180	,088	,099	,677**	---
Esperança	,046	,141	,003	,291**	,334**	-,134	,082	,209*	,921**	,910**

** Correlação é significativa para $p=0,01$ (bilateral).

* Correlação é significativa para $p=0,05$ (bilateral).

Hipótese 3: Existem diferenças significativas nos índices de Esperança e nas suas dimensões, apresentados por idosos a residir no seu contexto e idosos institucionalizados.

Relação entre Esperança e as suas dimensões e o grupo.

No que diz respeito à análise comparativa de médias da Esperança e das suas dimensões tendo em conta entre dois grupos de idosos: institucionalizados e não institucionalizados, verifica-se que não existem diferenças significativas entre os idosos que se encontram institucionalizados e os idosos que residem nas suas casas, para um nível de significância de 5%.

Perante os resultados não podemos aceitar a hipótese 3, afirmando que não existem diferenças nos níveis de Esperança entre os idosos a residir no seu contexto e idosos institucionalizados.

Através da análise dos valores médios, verificamos que o grupo dos institucionalizados apresenta valores médios mais elevados, quando comparados com os idosos a residir No domicílio, para a Esperança e as duas dimensões. Desta forma, podemos concluir que os idosos a residir em instituições ($M=52,1200$; $SD = 7,35025$) apresentam em termos de valores médios mais Esperança do que os idosos a residir no domicílio (cf. tabela 12).

Tabela 12: *Test-t para diferenças de médias entre a Esperança e as suas dimensões e os grupos*

Variáveis	Grupos				Teste de Levene		Teste-t igualdade de variâncias	
	Institucionalizado		Não Institucionalizado					
	M	DP	M	DP	F	p	T	p
Iniciativa	25,6600	3,96212	24,9400	6,33555	3,813	0,54	0,681	0,497
Caminhos	26,4600	4,09684	25,1000	5,67217	7,226	0,008	1,374	0,173
Esperança	52,1200	7,35025	50,0400	11,01754	7,904	0,006	1,110	0,270

Hipótese 4: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os índices de Esperança e das suas dimensões, e os dados sociodemográficos dos idosos que compõe a amostra.

Relação entre Esperança e as suas dimensões, o grupo e o sexo

A significância dos factores grupo e sexo, sobre as dimensões e do valor total da escala da Esperança, foi avaliada através de uma análise de variância a dois factores (MANOVA), que incidiu sobre 100 sujeitos, divididos em dois grupos com 50 sujeitos cada, sendo que desses 31 eram do sexo masculino e 69 do sexo feminino.

Fazendo referência aos testes multivariados que visam testar as hipóteses relativas a este teste, como podemos verificar na tabela 13, a escolha recaiu no teste de Wilk's Lambda, por ser o que apresenta maior valor, tanto no grupo, sexo e na interacção dos dois factores. O factor grupo, não teve um efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis endógenas (Wilk's Lambda= 0,965; $f = 1.727$; $p = 0.183$; $n^2p = 0,035$ e potencia= 35,40%).

No que diz respeito à variável sexo, o efeito observado não é significativo sobre as variáveis endógenas (Wilk's Lambda = 0.965; $f = 1.748$; $p = 0.180$; $n^2p = 0,035$ e potencia= 35,80%). A potência do teste é fraca tendo em consideração os valores de referência (Maroco, 2007).

Também não existe efeito significativo na interacção entre o grupo e o sexo, no que concerne ao compósito multivariado sendo que a potência de teste (38,7%) considerada fraca (Wilk's Lambda = 0.961; $f = 1.903$; $p = 0.155$; $n^2p = 0,039$ e potencia= 38,7%).

Tabela 13 – *Determinação do teste para os factores (grupos e sexo) e a sua interacção*

Variáveis	Tipo teste	Valor	f	P	Eta parcial (n^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Wilk's L.	0,965	1.727	0.183	0.035	0.354
Sexo	Wilk's L.	0,965	1.748	0.180	0.035	0.358
Grupo*sexo	Wilk's L.	0,961	1.903	0.155	0.039	0,387

Identificados os efeitos significativos dos factores sobre as variáveis endógenas em estudo, prosseguimos para a realização das análises de variância.

Relativamente á variável grupo, os resultados mostram que não possui efeito sobre a Esperança e as suas dimensões, o mesmo se verifica com a variável sexo e com a interacção grupo*sexo (cf. tabela 14).

Perante os resultados obtidos não podemos aceitar a hipótese, afirmando que não existe diferenças estatisticamente significativas entre os índices de Esperança e das suas dimensões, e o sexo.

Tabela 14 – *Efeitos da variável grupo e sexo sobre a Esperança e as suas dimensões.*

Variáveis	Grupos	Grupo			Sexo			Grupo*sexo		
		F	P	(π)	f	p	(π)	F	P	(π)
Iniciativa		1,840	0,178	0,269	0,001	0,973	0,050	3,768	0,055	0,485
Caminhos		3,475	0,065	0,454	1,838	0,178	0,269	1,240	0,268	0,197
Esperança		3,058	0,084	0,410	0,488	0,487	0,106	2,823	0,096	0,384

Analisando os índices médios na interação do grupo com o sexo (cf. tabela 15), verificamos que de um modo geral os homens (M= 51,5161, DP= 10,11227) possuem mais pensamento esperançoso que as mulheres (M= 50,8841, DP= 9,09676).

Tendo em conta os grupos verificamos que nos homens institucionalizados apresentam valores mais elevados, quando comparados com as mulheres, nas subescalas: Iniciativa e Caminhos, assim como na totalidade da Escala do Futuro (M= 55,8333, DP = 4,66775). Nos idosos não institucionalizados, são as mulheres que apresentam valores mais elevados na subescala Iniciativa, assim como na totalidade da Escala do Futuro (M= 50,8065, DP = 10,70333), enquanto, que na subescala Caminhos são os homens que têm valores mais elevados.

Tabela 15: *Índices médios da Esperança e das suas dimensões, tendo em conta o sexo e os grupos*

		Sexo				Total	
		Masculinos		Feminino			
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
Iniciativa	Instit.	27,3333	2,74138	25,1316	4,16661	25,6600	3,96212
	Não Instit.	23,5263	4,99613	25,8065	4,99613	24,9400	6,33555
	Total	25,0000	6,69826	25,4348	4,53573	25,3000	5,26950
Caminhos	Instit.	28,5000	2,50454	25,8158	4,31124	26,4600	4,09684
	Não Instit.	25,2632	4,99825	25,0000	6,12645	25,1000	5,67217
	Total	26,5161	4,45624	25,4493	5,18067	25,7800	4,96977
Esperança	Instit.	55,8333	4,66775	50,9474	7,69327	52,1200	7,35025
	Não Instit.	48,7895	11,69795	50,8065	10,70333	50,0400	11,01754
	Total	51,5161	10,11227	50,8841	9,09676	51,0800	9,37618

Relação entre Esperança e as suas dimensões, o grupo e a idade.

A significância dos factores grupo e a idade, sobre as dimensões e do valor total da escala da Esperança, foi avaliada através de uma análise de variância a dois factores (MANOVA), que incidiu sobre 100 sujeitos, divididos em dois grupos com 50 sujeitos cada, sendo que desses $n=33$ têm idades iguais ou superiores a 79 anos, $n = 34$ com idades compreendidas entre os 80 – 85 anos, e $n = 33$ com idades iguais e superiores a 86 anos.

Fazendo referência aos testes multivariados, a escolha recaiu no teste de Wilk's Lambda, por ser o que apresenta maior valor, tanto no grupo, idade e na interacção dos dois factores (cf. Tabela 16). O factor grupo, não teve um efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis endógenas (Wilk's Lambda= 0,994; $f = 0.275$; $p = 0.761$; $n^2p = 0,006$ e potencia= 9,20%).

No que diz respeito à variável idade, o efeito observado também não é significativo sobre as variáveis endógenas (Wilk's Lambda = 0.926; $f = 1,819$; $p = 0.127$; $n^2p = 0,038$ e potencia= 54,60%). A potência do teste é fraca tendo em consideração os valores de referência.

No que concerne à interacção entre o grupo e a idade, não existe efeito significativo no que concerne ao compósito multivariado sendo que a potência de teste (52,90%) considerada fraca (Wilk's Lambda = 0.929; $f = 1.752$; $p = 0.140$; $n^2p = 0,036$ e potencia= 52,90%).

Tabela 16 – *Determinação do teste para os factores (grupos e idade) e a sua interacção*

Variáveis	Tipo teste	Valor	f	P	Eta parcial (n^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Wilk's L.	0,994	0,275	0.761	0.006	0,092
Idade	Wilk's L.	0,926	1,819	0.127	0.038	0.546
Grupo*Idade	Wilk's L.	0,929	1,752	0.140	0.036	0,529

Na análise de variância, os resultados mostram que as variáveis grupo e idade, assim como a na sua interacção (grupo*idade) não existe efeito sobre a Esperança e as suas dimensões (cf. tabela 17).

Perante os resultados obtidos não podemos aceitar a hipótese, afirmando que não existe diferenças estatisticamente significativas entre os índices de Esperança e das suas dimensões, e a idade.

Tabela 17 – *Efeitos da variável grupo e idade sobre a Esperança e as suas dimensões.*

Variáveis	Grupos	Grupo			Idade			Grupo * Idade		
		F	P	(π)	f	p	(π)	f	P	(π)
Iniciativa		0,350	0,556	0,090	0,011	0,989	0,052	1,579	0,213	0,326
Caminhos		0,545	0,462	0,113	2,085	0,130	0,419	0,112	0,894	0,067
Esperança		0,514	0,475	0,109	0,654	0,522	0,157	0,471	0,626	0,125

Analisando os índices médios (cf. tabela 18), verificamos na totalidade da amostra, os idosos com na faixa etária entre os 80 e os 85 anos ($M= 52,7059$, $DP= 9,39868$) possuem mais pensamento esperançoso que os restantes idosos.

Tendo em conta os grupos verificamos que os idosos institucionalizados, com idades compreendidas entre os 80 e os 85 anos apresentam valores mais elevados, quando comparados com os idosos de outras faixas etárias, nas subescalas: Iniciativa e Caminhos, assim como na totalidade da Escala do Futuro ($M= 54,0526$, $DP = 7,34449$). Nos idosos não institucionalizados, são os idosos com idade igual ou superior a 86 anos que apresentam valores mais elevados na subescala Iniciativa, assim como na totalidade da Escala do Futuro ($M= 52,1818$, $DP = 7,86871$), enquanto, que na subescala Caminhos são os idosos com idade igual ou inferior a 79 anos que têm valores mais elevados.

Tabela 18: *Índices médios da Esperança e das suas dimensões tendo em conta a idade e os grupos*

		Idade						Total	
		≤ 79 anos		80 – 85 anos		≥ 86 anos			
		Média	DP	Média	DP	Média	DP		
Iniciativa	I	25,8889	3,05959	26,9474	4,82440	24,4545	3,17321	25,6600	3,96212
	NI	24,7917	5,34854	24,1333	8,38252	26,3636	5,40875	24,9400	6,33555
	Total	25,0909	4,81121	25,7059	6,67210	25,0909	4,07250	25,3000	5,26950
Caminhos	I	25,1111	7,00793	27,1053	2,88472	26,4545	3,48776	26,4600	4,09684
	NI	27,1053	2,88472	26,8667	4,96943	25,8182	5,67130	25,1000	5,67217
	Total	24,0606	6,15903	27,0000	3,87689	26,2424	4,25757	25,7800	4,96977
Esperança	I	51,0000	9,73396	54,0526	7,34449	50,9091	6,18685	52,1200	7,35025
	NI	48,4583	11,01769	51,0000	11,54494	52,1818	10,79646	50,0400	11,01754
	Total	49,1515	10,59517	52,7059	9,39868	51,3333	7,86871	51,0800	9,37618

Relação entre Esperança e as suas dimensões, o grupo e o estado civil.

Relativamente à significância dos factores grupo e estado civil, sobre as dimensões e do valor total da escala da Esperança, foi avaliada através de uma análise de variância a dois factores (MANOVA), que incidiu sobre 100 sujeitos, divididos em dois grupos com 50 sujeitos cada, sendo que desses 71 são solteiros, viúvos e separados, e 29 são casados.

O teste Wilk's Lambda foi o teste multivariado, escolhido para testar as hipóteses relativas a este teste, por ser o que apresenta maior valor, tanto no grupo, no estado civil e na interacção dos dois factores. Como podemos observar na tabela 19, no que concerne à significância, o factor grupo, não teve um efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis (Wilk's Lambda= 0,994; $f = 0,273$; $p = 0.761$; $n^2p = 0,006$ e potencia= 9,20%).

No que diz respeito à variável estado civil, o efeito observado também não é significativo sobre as variáveis (Wilk's Lambda = 0.987; $f = 0,607$; $p = 0.547$; $n^2p = 0,013$ e potencia= 14,90%). Tendo em conta os valores de referência, a potência do teste é considerada fraca.

Relativamente à interacção entre o grupo e o estado civil, não existe igualmente, efeito significativo no que concerne ao compósito multivariado sendo que a potência de teste (40,60%) considerada fraca (Wilk's Lambda = 0.959; $f = 2,013$; $p = 0,139$; $n^2p = 0,041$ e potencia= 40,60%).

Tabela 19 – *Determinação do teste para os factores (grupos e estado civil) e a sua interacção*

Variáveis	Tipo teste	Valor	F	P	Eta parcial (n^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Wilk's L.	0,994	0,273	0,761	0,006	0,092
Estado Civil	Wilk's L.	0,987	0,607	0,547	0,013	0,149
Grupo*Estado civil	Wilk's L.	0,959	2,013	0,139	0,041	0,406

Como se encontra registado na tabela 20, numa análise de variâncias, não foram observados efeitos sobre a Esperança e as suas dimensões, para a variável grupo, verificando-se o mesmo com a variável estado civil e com a interacção grupo*estado civil.

Perante os resultados obtidos não podemos aceitar a hipótese, afirmando que não existe diferenças estatisticamente significativas entre os índices de Esperança e das suas dimensões, e o estado civil.

Tabela 20 – Efeitos da variável grupo e estado civil sobre a Esperança e as suas dimensões.

Variáveis	Grupos	Grupo			Estado Civil			Grupo * Estado civil		
		F	P	(π)	F	p	(π)	f	P	(π)
Iniciativa		0,534	0,467	0,112	1,009	0,318	0,169	1,662	0,200	0,248
Caminhos		0,355	0,553	0,091	1,052	0,308	0,174	0,067	0,796	0,058
Esperança		0,526	0,470	0,111	1,225	0,271	0,195	0,339	0,562	0,089

Analisando os índices médios (cf. tabela 21), verificamos, que os idosos solteiros/viúvos/separados (M=52,1408, DP= 7,71510) possuem um pensamento esperançoso melhor que os restantes idosos.

Tendo em conta os grupos verificamos que nos idosos institucionalizados, os casados apresentam valores mais elevados, quando comparados com os solteiros/viúvos/separados, na subescala Iniciativa, enquanto, que na subescala Caminhos os idosos Esperança (M= 52,2727, DP= 6,84501), são os solteiros/viúvos/separados que têm valores médios mais elevados. Nos idosos a residir no domicílio, são os solteiros/viúvos/separados que têm valores médios mais elevados nas duas dimensões e na Esperança (M= 51,9259, DP= 4,32478).

Tabela 21: Índices médios da Esperança e das suas dimensões tendo em conta o estado civil e os grupos

		Estado Civil				Total	
		Solteiro/viúvo/ Separado		Casado			
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
Iniciativa	Instit.	25,6136	4,12150	26,0000	2,75681	25,6600	3,96212
	Não Instit.	26,3704	4,32478	23,2609	7,86371	24,9400	6,33555
	Total	25,9014	4,18554	23,8276	7,15676	25,3000	5,26950
Caminhos	Instit.	26,6591	3,17654	25,0000	8,64870	26,4600	4,09684
	Não Instit.	25,5556	5,26478	24,5652	6,19256	25,1000	5,67217
	Total	26,2394	4,09691	24,6552	6,59695	25,7800	4,96977
Esperança	Instit.	52,2727	6,84501	51,0000	11,17139	52,1200	7,35025
	Não Instit.	51,9259	9,09322	47,8261	12,77303	50,0400	11,01754
	Total	52,1408	7,71510	48,4828	12,33642	51,0800	9,37618

Relação entre Esperança e as suas dimensões, o grupo e as habilitações literárias.

No que diz respeito a significância dos factores grupo e as habilitações literárias, sobre as dimensões e do valor total da escala da Esperança, o teste multivariado escolhido para testar as hipóteses foi o teste de Wilk's Lambda, por ser o que apresenta maior valor, tanto no grupo, as habilitações literárias e na interacção dos dois factores.

Assim sendo, verificamos que o factor grupo, não teve um efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis (Wilk's Lambda= 0,991; $f = 0.408$; $p = 0.666$; $n^2p = 0,009$ e potencia= 11,40%).

O mesmo se verificou para a variável habilitações literárias, onde o efeito observado também não é significativo sobre as variáveis (Wilk's Lambda = 0.963; $f = 1,835$; $p = 0.165$; $n^2p = 0,037$ e potencia=37,40%). A potência do teste é fraca tendo em consideração os valores de referência.

No que concerne à interacção entre o grupo e as habilitações literárias, não existe efeito significativo no que concerne ao compósito multivariado sendo que a potência de teste (28,80%) considerada fraca (Wilk's Lambda = 0.972; $f = 1,365$; $p = 0,260$; $n^2p = 0,028$ e potencia= 28,80%) (cf. Tabela 22).

Tabela 22 – Determinação do teste para os factores (grupos e as habilitações literárias) e a sua interacção.

Variáveis	Tipo teste	Valor	F	P	Eta parcial (n^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Wilk's L.	0,991	0,408	0.666	0.009	0,114
Habilitações Literárias	Wilk's L.	0,963	1,835	0.165	0.037	0.374
Grupo*Hab. Literárias	Wilk's L.	0,972	1,365	0.260	0.028	0,288

No que diz respeito à análise de variância os resultados mostram que o grupo e as habilitações literárias não têm efeito sobre a Esperança e as suas dimensões, o mesmo se verifica com a interacção grupo*habilitações literárias (cf. tabela 23).

Assim sendo, de acordo com os resultados obtidos não podemos aceitar a hipótese, afirmando que não existe diferenças estatisticamente significativas entre os índices de Esperança e das suas dimensões, e as habilitações literárias.

Tabela 23 – *Efeitos da variável grupo e as habilitações literárias sobre a Esperança e as suas dimensões.*

Variáveis	Grupos	Grupo			Habilitações Literárias			Grupo*Hab. Literárias		
		F	P	(π)	F	p	(π)	f	P	(π)
Iniciativa		0,564	0,455	0,115	0,001	0,977	0,050	0,214	0,644	0,074
Caminhos		0,786	0,377	0,142	2,007	0,160	0,289	0,704	0,403	0,132
Esperança		0,789	0,377	0,142	0,573	0,451	0,116	0,031	0,860	0,054

Avaliando os índices médios (cf. tabela 24), verificamos na globalidade, que os idosos sem habilitações literárias ($M= 52,1842$, $DP= 8,59873$) apresentam valores médios superiores aos que possuem habilitações literárias.

Tendo em conta os grupos verificamos que os idosos institucionalizados, os que não têm habilitações apresentam valores médios mais elevados, quando comparados com os idosos com habilitações, nas duas subescalas (Iniciativa e Caminhos) e da totalidade da escala do Futuro ($M= 52,7391$, $DP= 6,07691$).

No que concerne aos idosos não institucionalizados, verificamos que os idosos com habilitações apresentam valores médios mais elevados na subescala Iniciativa enquanto, que os idosos sem habilitações têm valores médios mais elevados na subescala Caminhos, bem como de Esperança ($M= 51,3333$, $DP=11,66599$).

Tabela 24: *Índices médios da Esperança e das suas dimensões tendo em conta as habilitações literárias e os grupos*

		Habilitações Literárias				Total	
		Sem Habilitações		Com Habilitações			
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
Iniciativa	Instit.	25,9565	3,33682	25,4074	4,47437	25,6600	3,96212
	Não Instit.	24,6000	8,63382	25,0857	5,20391	24,9400	6,33555
	Total	25,4211	5,93948	25,2258	4,86344	25,3000	5,26950
Caminhos	Instit.	26,7826	3,10361	26,7333	4,78788	26,7632	3,79498
	Não Instit.	26,1852	4,82810	24,4000	5,93692	25,1774	5,51161
	Total	26,4600	4,09684	25,1000	5,67217	25,7800	4,96977
Esperança	Instit.	52,7391	6,07691	51,5926	8,36319	52,1200	7,35025
	Não Instit.	51,3333	11,66599	49,4857	10,85566	50,0400	11,01754
	Total	52,1842	8,59873	50,4032	9,82880	51,0800	9,37618

Relação entre Esperança e as suas dimensões, o grupo e a percepção do estado de saúde.

Como podemos observar na tabela 25, para a análise de significância dos factores grupo e o estado de saúde, sobre as dimensões e do valor total da escala da Esperança, foi escolhido para testar hipóteses, o teste multivariado de Wilk's Lambda, por ser o que apresenta maior valor, tanto no grupo, como no estado de saúde, como na interacção destas duas variáveis. O grupo, não apresenta efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis (Wilk's Lambda= 0,972; $f = 1,361$; $p = 0.261$; $n^2p = 0,028$ e potencia= 28,70%).

No que diz respeito à variável estado de saúde, o efeito observado também não é significativo sobre as variáveis (Wilk's Lambda = 0.955; $f = 2,221$; $p = 0.114$; $n^2p = 0,045$ e potencia=44,30%). O valor da potência do teste, nesta variável é considerado fraco.

No que concerne à interacção entre o grupo e o estado de saúde, não existe efeito significativo no que concerne ao compósito multivariado sendo que a potência de teste (55,10%) considerada fraca (Wilk's Lambda = 0.943; $f = 2,876$; $p = 0,061$; $n^2p = 0,057$ e potencia= 55,10%).

Tabela 25 – *Determinação do teste para os factores (grupos e o estado de saúde) e a sua interacção.*

Variáveis	Tipo teste	Valor	F	P	Eta parcial (n^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Wilk's L.	0,972	1,361	0.261	0.028	0,287
Estado de saúde	Wilk's L.	0,955	2,221	0.114	0.045	0,443
Grupo*Estado de saúde	Wilk's L.	0,943	2,876	0.061	0.057	0,551

No que diz respeito, à variável estado de saúde e para a interacção desta variável com o grupo, numa análise de variância os resultados mostram que foram encontradas diferenças significativas para a Iniciativa. (cf. tabela 26).

Tabela 26 – *Efeitos da variável grupo e as habilitações literárias sobre a Esperança e as suas dimensões.*

Variáveis	Grupo			Estado de saúde			Grupo*Estado de saúde		
	F	P	(π)	F	p	(π)	f	P	(π)
Iniciativa	1,444	0,232	0,221	4,488	0,037	0,555	4,779	0,31	0,581
Caminhos	2,735	0,101	0,374	1,924	0,169	0,279	0,502	0,481	0,108
Esperança	2,429	0,122	0,339	3,705	0,057	0,478	2,551	0,114	0,353

No entanto, essas diferenças significativas não se confirmaram na realização do teste-t, que indica que não existem diferenças para a Iniciativa entre os idosos que percebem o seu estado de saúde como muito mau/nem bom, nem mau e os que acham que este é bom/muito bom (cf. tabela 27).

Perante os resultados obtidos não podemos aceitar a hipótese, afirmando que não existe diferenças estatisticamente significativas entre os índices de Esperança e das suas dimensões, e o estado saúde.

Quadro 27: *Test-t para diferenças de médias entre a Esperança e as suas dimensões e o estado de saúde.*

Variáveis	Estado de saúde				Teste de Levene		Teste-t igualdade de variâncias	
	Muito mau/nem bom, nem mau		Bom/ Muito Bom					
	M	DP	M	DP	F	P	T	P
Estado de Saúde	24,2917	6,44769	26,2308	3,70805	6,124	0,015	- 1.861	0,066

Analisando os índices médios (cf. tabela 28), verificamos que de um modo geral, os idosos que percebem o seu estado de saúde como bom/muito bom (M= 52,5192, DP= 7,47936) apresentam valores médios superiores, quando comparados com os que percebem como muito mau/nem bom, nem mau.

Tendo em conta os grupos verificamos que os idosos institucionalizados, que percebem o seu estado de saúde como bom/muito bom praticamente não diferem em termos médios nas subescalas: Iniciativa e Caminhos, contudo no que se refere à Esperança, verificamos que os que percebem o seu estado de saúde como bom/muito bom (M= 52,4762, DP= 6,15320) apresentam valores médios mais elevados, do que os que o percebem com muito mau/nem bom, nem mau.

Por sua vez os idosos a residir no domicílio, que percebem o seu estado de saúde como bom/muito bom, apresentam valores médios superiores nas duas subescalas: Iniciativa (M= e Caminhos e da totalidade da escala do Futuro (M= 52,5192, DP= 7,47936).

Tabela 28: *Índices médios da Esperança e das suas dimensões tendo em conta o estado de saúde e os grupos*

		Estado Saúde				Total	
		Muito mau/nem bom, nem mau		Bom/muito bom			
		Média	DP	Média	DP		
Iniciativa	Instit.	25,6897	4,29371	25,6190	3,55635	25,6600	3,96212
	Não Instit.	22,1579	8,48046	26,6452	3,80831	24,9400	6,33555
	Total	24,2917	6,44769	26,2308	3,70805	25,3000	5,26950
Caminhos	Instit.	26,1724	4,75146	26,8571	3,03786	26,4600	4,09684
	Não Instit.	23,7895	6,39947	25,9032	5,12090	25,1000	5,67217
	Total	25,2292	5,52457	26,2885	4,38954	25,7800	4,96977
Esperança	Instit.	51,8621	8,20594	52,4762	6,15320	52,1200	7,35025
	Não Instit.	45,9474	13,61973	52,5192	7,47936	50,0400	11,01754
	Total	49,5208	10,94083	52,5192	7,47936	51,0800	9,37618

Relação entre Esperança e as suas dimensões, o grupo e ter filhos.

Na análise de significância dos factores grupo e o facto de ter filhos, sobre as dimensões e do valor total da escala da Esperança (cf. tabela 29), foi avaliada através de uma análise de variância a dois factores (MANOVA), que incidiu sobre 100 sujeitos, divididos em dois grupos com 50 sujeitos cada, sendo que desses 89 têm filhos e 11 referem não ter filhos.

O teste multivariado Wilk's Lambda foi o escolhido para testar as hipóteses, por ser o que apresenta maior valor, tanto no grupo, como na variável ter filhos e na interacção destas duas variáveis. O grupo, não apresenta efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis (Wilk's Lambda= 0,997; $f = 0,136$; $p = 0.873$; $n^2p = 0,003$ e potencia= 7,0%).

No que diz respeito à variável ter filhos, o efeito observado também não é significativo sobre as variáveis (Wilk's Lambda = 0.953; $f = 2,357$; $p = 0.100$; $n^2p = 0,047$ e potencia= 46,60%). O valor da potência do teste, nesta variável é considerado fraco.

No que concerne à interacção entre o grupo e ter filhos, também não existe significância no que concerne à variância sobre a Esperança e as suas dimensões (Wilk's Lambda = 0.982; $f = 0,874$; $p = 0,421$; $n^2p = 0,018$ e potencia= 19,60%).

Tabela 29 – *Determinação do teste para os factores (grupos e ter filhos) e a sua interacção.*

Variáveis	Tipo teste	Valor	F	P	Eta parcial (n ² p)	Potencia teste (π)
Grupo	Wilk's L.	0,997	0,136	0,873	0,003	0,070
Ter filhos	Wilk's L.	0,953	2,357	0,100	0,047	0,466
Grupo*Ter filhos	Wilk's L.	0,982	0,874	0,421	0,018	0,196

No que diz respeito à análise de variância os resultados mostram que as variáveis grupo, ter filhos e a interacção destas duas variáveis (grupo*ter filhos) não têm efeito sobre a Esperança e as suas dimensões (cf. tabela 30).

Perante os resultados obtidos não podemos aceitar a hipótese, afirmando que não existe diferenças estatisticamente significativas entre os índices de Esperança e das suas dimensões, e a variável ter filhos.

Tabela 30 – *Efeitos da variável grupo e ter filhos sobre a Esperança e as suas dimensões.*

Variáveis	Grupo			Ter Filhos			Grupo*ter filhos		
	F	P	(π)	F	P	(π)	f	P	(π)
Iniciativa	0,266	0,607	0,080	0,445	0,506	0,101	0,066	0,797	0,057
Caminhos	0,087	0,768	0,060	1,023	0,314	0,170	0,559	0,456	0,115
Esperança	0,197	0,658	0,072	0,023	0,879	0,053	0,060	0,807	0,057

Avaliando os índices médios de Esperança e das suas dimensões na interacção do grupo com o facto de ter ou não filhos (cf. tabela 31), verificamos que na totalidade da amostra, os idosos que têm filhos (M= 51,1124, DP= 9,49334) apresentam valores médios superiores, quando comparados com os idosos que não têm filhos (M= 50,8182, DP= 8,78428).

Tendo em conta os grupos verificamos que os idosos institucionalizados, que têm filhos apresentam valores médios mais elevados na subescala Caminhos e na escala da Esperança (M= 52,3333, DP= 7,03533), sendo que nos que não têm filhos se verifica valores superiores na subescala Iniciativa.

Nos idosos não institucionalizados, verificamos que os idosos que não têm filhos têm valores médios mais elevados para a Iniciativa, por sua vez, para a dimensão Caminhos são os idosos que têm filhos que apresentam valores médios mais elevados. No que concerne à

Esperança, verificamos que não existem diferenças acentuadas, no que diz respeito ao facto de ter ou não filhos.

Tabela 31: *Índices médios da Esperança e das suas dimensões tendo em conta o ter filhos e os grupos*

		Ter filhos				Total	
		Sim		Não			
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
Iniciativa	Instit.	25,3810	4,06023	27,1250	3,22656	25,6600	3,96212
	Não Instit.	24,8936	6,46137	25,6667	4,72582	24,9400	6,33555
	Total	25,1236	5,43729	26,7273	3,49545	25,3000	5,26950
Caminhos	Instit.	26,9524	3,40697	23,8750	6,35694	26,4600	4,09684
	Não Instit.	25,1277	5,77708	24,6667	4,50925	25,1000	5,67217
	Total	25,9888	4,86755	24,0909	5,70008	25,7800	4,96977
Esperança	Instit.	52,3333	7,03533	51,0000	9,30438	52,1200	7,35025
	Não Instit.	50,0213	11,21236	50,3333	9,07377	50,0400	11,01754
	Total	51,1124	9,49334	50,8182	8,78428	51,0800	9,37618

Relação entre Esperança e as suas dimensões, o grupo e número de filhos.

Para efectuar a análise de significância dos factores grupo e o facto de ter filhos, sobre as dimensões e do valor total da escala da Esperança (cf. a tabela 32), foi escolhido, para testar as hipóteses para a variável grupo, o teste multivariado Wilk's Lambda, por ser o que apresenta maior valor.

Para o número de filhos e na interacção destas duas variáveis, a escolha recaiu na maior raiz de Roy por ser o teste menos conservador, dada a reduzida dimensão da amostra.

Em análise à tabela 32, verificamos que o grupo, não apresenta efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis (Wilk's Lambda= 0,970; $f = 1,285$; $p = 0,282$; $n^2p = 0,030$ e potencia= 27,10%).

No que diz respeito à variável número de filhos, o efeito observado é significativo sobre as variáveis (maior raiz de Roy= 0.075; $f = 3,122$; $p = 0,049$; $n^2p = 0,070$ e potencia=58,60%). O valor da potência do teste, nesta variável é considerado fraco.

No que concerne à interacção entre o grupo e o número de filhos, também existe significância no que concerne à variância sobre a Esperança e as suas dimensões (Wilk's Lambda = 0,099; $f = 4,098$; $p = 0,020$; $n^2p = 0,090$ e potencia = 819,50%).

Tabela 32 – *Determinação do teste para os factores (grupos e número filhos) e a sua interacção.*

Variáveis	Tipo teste	Valor	F	P	Eta parcial (n^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Wilk's L.	0,970	1,285	0,282	0,030	0,271
Número filhos	Roy's L. R.	0,075	3,122	0,049	0,070	0,586
Grupo*Número filhos	Roy's L. R.	0,099	4,098	0,020	0,090	8,195

No que diz respeito à análise de variância os resultados mostram que as variáveis grupo não tem efeito para uma significância de 5%, contudo foi encontrado efeito para a variável número de filhos no que concerne à dimensão caminhos, e na interacção destas duas variáveis (grupo*ter filhos) com a dimensão iniciativa e a esperança (cf. tabela 33).

Tabela 33– *Efeitos da variável grupo e o número de filhos sobre a Esperança e as suas dimensões.*

Variáveis	Grupo			Número de Filhos			Grupo*Número filhos		
	F	P	(π)	F	P	(π)	f	P	(π)
Iniciativa	0,089	0,766	0,060	1,562	0,216	0,323	3,942	0,023	0,694
Caminhos	0,951	0,332	0,161	3,116	0,049	0,585	2,686	0,074	0,519
Esperança	0,106	0,746	0,062	2,651	0,077	0,513	3,955	0,023	0,696

Uma vez que apenas se encontraram significâncias estatísticas em relação ao número de filhos, e dentro desta variável existem três grupos, utilizamos a análise de variância (ANOVA), para testar as diferenças tendo em conta o número de filhos.

Como podemos verificar na tabela 34, existe uma diferença significativa para a dimensão caminhos e o número de filhos ($F = 3,270$; $p = 0,043 > 0,05$).

Perante os resultados obtidos não podemos aceitar a hipótese, afirmando que não existe diferenças estatisticamente significativas entre os índices de Esperança e das suas dimensões, e o número de filhos, pois esta apenas se verificou para a dimensão caminhos. Assim sendo podemos concluir que o número de filhos tem influência na forma como os idosos usam a capacidade percebida para gerar percursos mentais para alcançar os objectivos desejados, e que esta influência tem maior importância em determinado contexto (instituição e domicílio).

Tabela 34: ANOVA para diferenças de médias entre a Esperança e as suas dimensões e o número de filhos.

Variáveis	Número de filhos						Teste de Levene		ANOVA igualdade de variâncias	
	≤ dois filhos		Três filhos		≥ 4 filhos					
	M	DP	M	DP	M	DP	F	P		
Iniciativa	24,3182	6,15978	25,4444	4,23184	26,2222	4,81451	1,268	0,287	1,067	0,349
Caminhos	24,7727	5,08469	26,3889	5,34832	27,7037	3,61423	1,062	0,350	3,270	0,043
Esperança	49,0909	10,22040	51,8333	9,05051	53,9259	7,95142	0,961	0,387	2,301	0,106

Analisando os índices médios (cf. tabela 35), verificamos de um modo geral, os idosos que têm 4 ou mais filhos (M= 53,9259; DP= 7,95142) apresentam valores médios superiores, quando comparados com os idosos que têm três ou menos filhos.

Tendo em conta os grupos verificamos que os idosos institucionalizados, que têm três filhos apresentam valores médios mais elevados nas subescalas: Iniciativa e Caminhos, e na escala da Esperança (M= 54,25000, DP= 6,60627).

Nos idosos não institucionalizados, são os idosos que têm quatro ou mais filhos que apresentam valores médios mais elevados nas subescalas: Iniciativa e Caminhos, bem como na escala da Esperança (M= 53,9259, DP= 7,95142).

Tabela 35: Índices médios da Esperança e das suas dimensões tendo em conta o número de filhos e os grupos

		Número de Filhos							
		≤ 2 filhos		3 filhos		≥ 4 filhos		Total	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP		
Iniciativa	I	25,8750	3,00832	26,2500	3,69362	24,5556	4,98494	25,3810	4,06023
	NI	23,4286	7,28991	24,8000	4,70933	29,5556	1,94365	24,8936	6,46137
	Total	24,3182	6,15978	25,4444	4,23184	26,2222	4,81451	25,1236	5,43729
Caminhos	I	26,5000	3,77712	28,0000	3,33809	26,8889	3,17877	26,9524	3,40697
	NI	23,7857	5,52005	25,1000	6,41959	29,3333	4,06202	25,1277	5,77708
	Total	24,7727	5,08469	26,3889	5,34832	27,7037	3,61423	25,9888	4,86755
Esperança	I	52,3750	6,28092	54,2500	6,60627	51,4444	8,00163	52,3333	7,03533
	NI	47,2143	11,59296	49,9000	10,55620	58,8889	5,27836	50,0213	11,21236
	Total	49,0909	10,22040	51,8333	9,05051	53,9259	7,95142	51,1124	9,49334

Relação entre a Esperança e as suas dimensões, o grupo e quem vive

A significância dos factores grupo e quem vive, sobre as duas dimensões e o valor total da escala do Futuro, foi avaliada através de uma análise de variância a dois factores (MANOVA), que incidiu sobre 100 sujeitos, divididos em dois grupos com 50 sujeitos cada, sendo que 63 vivem sozinhos e 37 vivem acompanhados (cf. tabela 36).

Os testes multivariados escolhidos para testar as hipóteses, foi escolhido o teste Wilk's Lambda por ser o que apresenta maior valor, para os três factores (grupo, quem vive e grupo*quem vive). O factor grupo, teve um efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis (Wilk's Lambda = 0,991; $f = 0,451$; $p=0.638$; $\eta^2p= 0,009$ e potencia= 12,20%).

No que diz respeito à variável quem vive, o efeito observado não é significativo sobre as variáveis (Wilk's Lambda = 0,964; $f = 1.790$; $p= 0.173$; $\eta^2p= 0,036$ e potencia= 36,6%). A potência do teste é fraca tendo em consideração os valores de referência. Finalmente a interacção entre as variáveis, também não teve um efeito significativo com o compósito multivariado sendo que a potência de teste (29,5%) considerada fraca (Wilk's Lambda = 0,971; $f = 1.403$; $p= 0.251$; $\eta^2p= 0,029$ e potencia= 29,5%).

Tabela 36 – *Determinação do teste para os factores (grupos e quem vive) e a sua interacção*

Variáveis	Tipo teste	Valor	F	P	Eta parcial (η^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Wilk's L.	0,991	0,451	0,638	0,009	0,122
Quem vive	Wilk's L.	0,964	1,790	0,173	0,036	0,366
Grupo*quem vive	Wilk's L.	0,971	1,403	0,251	0,029	0,295

Como podemos observar na tabela 37, ao efectuar a análise de variância, no concerne às variáveis grupo, quem vive e a interacção das duas variáveis não foram encontrados efeitos significativos sobre a Esperança e as suas dimensões.

Assim sendo, de acordo com os resultados obtidos não podemos aceitar a hipótese, afirmando que não existe diferenças estatisticamente significativas entre os índices de Esperança e das suas dimensões, e a variável quem vive.

Tabela 37 – *Efeitos da variável grupo e quem vive sobre a Esperança e as suas dimensões.*

Variáveis	Grupos	Grupo			Quem vive			Grupo * quem vive		
		f	P	(π)	f	p	(π)	F	p	(π)
Iniciativa		0,038	0,846	0,054	3,046	0,084	0,408	0,215	0,644	0,074
Caminhos		0,303	0,583	0,085	0,408	0,525	0,097	2,249	0,137	0,318
Esperança		0,033	0,857	0,054	1,738	0,191	0,257	1,108	0,295	0,181

Analisando os índices médios (cf. tabela 38), verificamos de um modo na global, os idosos que vivem sozinhos (M= 53,9259; DP= 7,95142) apresentam valores médios superiores, quando comparados com os idosos que vivem acompanhados.

Tendo em conta os grupos verificamos que os idosos institucionalizados, que vivem sozinhos apresentam valores médios mais elevados nas subescalas: Iniciativa e Caminhos e na escala da Esperança (M= 53,0488, DP= 6,16827).

Nos idosos não institucionalizados, os idosos que vivem sozinhos também apresentam valores médios mais elevados nas subescala Iniciativa e na escala da Esperança (M= 50,3636, DP= 10,36269), por sua vez os idosos que vivem acompanhados apresentam o valor médio mais alto para a dimensão Caminhos.

Tabela 38: *Índices médios da Esperança e das suas dimensões tendo em conta com quem vive e os grupos*

		Quem vive					
		Sozinho		Acompanhado		Total	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
Iniciativa	Instit.	26,1463	3,51113	23,4444	5,27046	25,6600	3,96212
	Não Instit.	25,8182	4,98222	24,2500	7,23994	24,9400	6,33555
	Total	26,0317	4,04797	24,0541	6,75338	25,3000	5,26950
Caminhos	Instit.	26,9024	3,11292	24,4444	6,98411	26,4600	4,09684
	Não Instit.	24,5455	5,83689	25,5357	5,60742	25,1000	5,67217
	Total	26,0794	4,36741	25,2703	5,88618	25,7800	4,96977
Esperança	Instit.	53,0488	6,16827	47,8889	10,77549	52,1200	7,35025
	Não Instit.	50,3636	10,36269	49,7857	11,68842	50,0400	11,01754
	Total	52,1111	7,91102	49,3243	11,35550	51,0800	9,37618

Relação entre Esperança e as suas dimensões, o grupo e preocupação da família.

Para a análise de significância dos factores grupo e a percepção da preocupação da família para com os idosos, sobre as dimensões e do valor total da escala da Esperança foi escolhido o teste multivariado Wilk's Lambda, por ser o que apresenta maior valor, nas duas variáveis e na interacção destas. Em análise à tabela 39 verificamos que o grupo, não apresenta efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis (Wilk's Lambda= 0,983; $f = 0,821$; $p = 0,979$; $n^2p = 0,017$ e potencia= 18,7%).

Também não foi observado efeito significativo para variável preocupação da família (Wilk's Lambda= 1,000; $f=0,021$; $p=0,979$; $n^2p= 0,000$ e potencia=5,3%). O valor da potência do teste, nesta variável é considerado fraco.

No que concerne à interacção entre o grupo e a preocupação com a família, existe significância no que concerne à variância sobre a Esperança e as suas dimensões (Wilk's Lambda = 0.895; $f = 5,581$; $p = 0,005$; $n^2p = 0,043$ e potencia= 84,6%).

Tabela 39 – *Determinação do teste para os factores (grupos e preocupação da família) e a sua interacção.*

Variáveis	Tipo teste	Valor	F	P	Eta parcial (n^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Wilk's L.	0,983	0,821	0,443	0,017	0,187
Preocupação família	Wilk's L.	1,000	0,021	0,979	0,000	0,053
Grupo*preoc. família	Wilk's L.	0,895	5,581	0,005	0,105	0,846

No que diz respeito à análise de variância os resultados indicam significância na interacção do grupo*preocupação da família ($F=5,733$; $p=0,019 < 0,05$) no efeito para a dimensão Iniciativa (cf. tabela 40).

Assim sendo, diante dos resultados obtidos não podemos aceitar a hipótese, afirmando que não existe diferenças estatisticamente significativas entre os índices de Esperança e das suas dimensões, e a preocupação da família.

Contudo, como se verificaram significâncias estatísticas em relação a interacção das variáveis, podemos inferir que a preocupação da família tem influência na determinação para conseguir alcançar objectivos, sendo que esta tem maior relevo em determinado contexto (Instituição e domicílio).

Tabela 40 – *Efeitos da variável grupo e o número de filhos sobre a Esperança e as suas dimensões.*

Variáveis	Grupos			Preocupação família			Grupo*Preocup. família		
	F	P	(π)	F	P	(π)	f	P	(π)
Iniciativa	0,613	0,436	0,121	0,006	0,940	0,051	5,733	0,019	0,659
Caminhos	1,637	0,204	0,245	0,007	0,932	0,051	0,001	0,980	0,050
Esperança	1,243	0,268	0,197	0,000	0,997	0,050	1,717	0,193	0,254

Analisando os índices médios (cf. tabela 41), verificamos que na generalidade da amostra, os idosos que percebem que as suas famílias se preocupam muito/pouco ($M=51,4167$; $DP=9,63335$) apresentam valores médios superiores, quando comparados com os idosos que acham que as suas famílias se preocupam muito pouco com eles.

Tendo em conta os grupos, verificamos que os idosos institucionalizados que percebem a preocupação da família com eles muito/pouco apresentam valores médios mais elevados nas subescalas: Iniciativa e Caminhos e na escala da Esperança ($M=53,0968$, $DP=6,68508$).

Por sua vez os idosos a residir no domicílio que percebem que a família se preocupa muito pouco com eles, apresentam valores médios mais elevados na subescala Iniciativa e na escala da Esperança ($M=50,9091$, $DP=9,84366$), no entanto a dimensão Caminhos, tem valores médios mais elevados nos idosos que acham que a família se preocupa muito/pouco com eles.

Tabela 41: *Índices médios da Esperança e das suas dimensões tendo em conta preocupação da família e os grupos*

		Preocupação família				Total	
		Muito / Pouco		Muito pouco			
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
Iniciativa	Instit.	26,6129	3,19038	24,1053	4,65349	25,6600	3,96212
	Não Instit.	23,1765	8,58221	25,8485	4,70453	24,9400	6,33555
	Total	25,3958	5,85912	25,2115	4,71683	25,3000	5,26950
Caminhos	Instit.	26,4839	4,29628	26,4211	3,86316	26,4600	4,09684
	Não Instit.	25,1765	6,18704	25,0606	5,48828	25,1000	5,67217
	Total	26,0208	5,02119	25,5577	4,96029	25,7800	4,96977
Esperança	Instit.	53,0968	6,68508	50,5263	8,26215	52,1200	7,35025
	Não Instit.	48,3529	13,16691	50,9091	9,84366	50,0400	11,01754
	Total	51,4167	9,63335	50,7692	9,21554	51,0800	9,37618

Relação entre Esperança e as suas dimensões, o grupo e a frequência de visitas da família.

Numa análise de significância dos factores grupo e a frequência de visitas da família, sobre as dimensões e do valor total da escala da Esperança, foi escolhido para testar as hipóteses para o grupo e para a interacção grupo*frequência de visitas o teste multivariado Wilk's Lambda, por ser o que apresenta maior valor.

No respeitante à variável preocupação da família, foi escolhido a maior raiz de Roy por ser o teste menos conservador, dada a reduzida dimensão da amostra. Em análise à tabela 42, verificamos que o grupo, não apresenta efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis (Wilk's Lambda= 0,986; $f = 0,636$; $p = 0,532$; $n^2p = 0,014$ e potencia= 15,4%).

No que diz respeito à variável frequência de visitas, o efeito observado é significativo sobre as variáveis (maior raiz de Roy = 0,068; $f = 3,120$; $p = 0,049$; $n^2p = 0,064$ e potencia=58,7%). O valor da potência do teste, nesta variável é considerado fraco.

No que concerne à interacção das variáveis, não foram encontradas significâncias no que concerne à variância sobre a Esperança e as suas dimensões (Wilk's Lambda = 0,992; $f = 0,175$; $p = 0,951$; $n^2p = 0,004$ e potencia= 70,2%) (cf. tabela 43).

Tabela 42 – *Determinação do teste para os factores (grupos e frequência visitas) e a sua interacção.*

Variáveis	Tipo teste	Valor	F	P	Eta parcial (n^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Wilk's L.	0,986	0,636	0,532	0,014	0,154
Frequência Visitas	Roy's L. R.	0,068	3,120	0,049	0,064	0,587
Grupo*frequ.visitas	Wilk's L.	0,992	0,175	0,951	0,004	0,702

No que diz respeito à análise de variância os resultados mostram que as variáveis grupo, e frequência de visitas, bem como a interacção destas duas variáveis (grupo*frequência de visitas) não têm efeito sobre a Esperança e as suas dimensões (cf. tabela 43).

Assim sendo, diante dos resultados obtidos não podemos aceitar a hipótese, afirmando que não existe diferenças estatisticamente significativas entre os índices de Esperança e das dimensões, e a frequência de visitas.

Tabela 43 – *Efeitos da variável grupo e a frequência de visitas sobre a Esperança e as suas dimensões.*

Variáveis	Grupo			Frequência de visitas			Grupo*Freqvisitas		
	F	P	(π)	F	P	(π)	F	P	(π)
Iniciativa	0,474	0,493	0,105	0,409	0,666	0,114	0,224	0,800	0,084
Caminhos	1,272	0,262	0,200	0,957	0,388	0,212	0,208	0,813	0,082
Esperança	0,962	0,329	0,163	0,227	0,797	0,085	0,234	0,792	0,086

Tendo em conta os índices médios de Esperança e das suas dimensões na interacção do grupo com a variável “frequência de visitas” (cf. tabela 44), verificamos de um modo geral, os idosos que têm visitas familiares anuais/mensais ($M= 52,3750$; $DP= 9,68106$) apresentam valores médios superiores, quando comparados com os idosos que recebem visitas semanais e diárias.

Tendo em conta os grupos, verificamos que os idosos institucionalizados com visitas anuais/mensais apresentam valores médios mais elevados na subescala Caminhos e na escala da Esperança ($M= 53,0000$, $DP= 6,42262$), sendo que o valor mais elevado da subescala Iniciativa é apresentado pelos idosos que recebem visita familiar diária.

Para os idosos não institucionalizados, os que têm visitas semanais da família são os que apresentam valores médios mais elevados para a subescala Caminhos e para a escala do Futuro ($M= 50,9167$, $DP= 10,54974$), e os idosos que têm visitas anuais/mensais apresentam valores mais elevados na subescala Iniciativa.

Tabela 44: *Índices médios da Esperança e das suas dimensões tendo em conta a frequência de visitas e os grupos*

Frequência de visitas									
		Anual/Mensal		Semanal		Diário		Total	
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Iniciativa	I	26,3529	3,44495	24,8800	4,56727	26,4286	2,76026	25,6122	3,98861
	NI	25,8571	7,47058	24,7917	7,33057	24,4444	4,52733	24,8163	6,33993
	Total	26,2083	4,78202	24,8367	6,01507	25,0000	4,15331	25,2143	5,28419
Caminhos	I	26,6471	3,39008	26,5200	3,21611	25,4286	7,91322	26,4082	4,12269
	NI	25,0000	8,34666	26,1250	4,66544	23,5556	5,81299	25,0204	5,70267
	Total	26,1667	5,17239	26,3265	3,95489	24,0800	6,35033	25,7143	4,99897
Esperança	I	53,0000	6,42262	51,4000	7,32575	51,8571	10,39918	52,0204	7,39225
	NI	50,8571	15,66768	50,9167	10,54974	48,0000	10,05280	49,8367	11,03658
	Total	52,3750	9,68106	51,1633	8,95672	49,0800	10,08679	50,9286	9,40854

Em suma, perante os resultados obtidos não podemos aceitar a quarta hipótese, que afirma que existem diferenças estatisticamente significativas para os níveis de Esperança e para as dimensões, e os dados sociodemográficos dos idosos que compõe a amostra, uma vez que apenas foram encontradas significâncias com a variável número de filhos com efeito na dimensão caminhos, na interacção grupo*número de filhos com efeitos na Esperança e para a para a variável preocupação da família na interacção desta com o grupo, para a dimensão iniciativa.

Hipótese 5: Existem diferenças significativas nos níveis de Qualidade de Vida e das suas dimensões, apresentados por idosos a residir no seu contexto e idosos institucionalizados.

Na análise comparativa de médias da Qualidade de Vida ($t(98) = -7,399$; $p = 0,000$; $< 0,05$) e das suas dimensões, tendo em conta os grupos (cf. tabela 45) verifica-se diferenças significativas entre os idosos que se encontram institucionalizados e os idosos que residem nas suas casas, exceptuando a dimensão actividade lúdica ($t(98) = 1,119$; $p = 0,266$; $> 0,05$), para um nível de significância de 5%.

Perante os resultados podemos aceitar a quinta hipótese formulada, afirmando que os existem diferenças estatisticamente significativas entre a Qualidade de Vida e as dimensões, entre os idosos a residir em instituições e na comunidade.

Através da análise dos valores médios, verificamos que o grupo de idosos a residir na comunidade apresenta valores médios mais elevados, quando comparados com os idosos institucionalizados em seis das sete dimensões da escala, como no valor total da escala (Qualidade de Vida).

Assim sendo, podemos concluir que os idosos a residir em comunidade possuem mais Qualidade de Vida que os idosos a viver em instituições.

Tabela 45: *Test-t para diferenças de médias entre a QDV e as suas dimensões e os grupos*

Variáveis	Grupos				Teste de Levene		Teste-t igualdade de variâncias	
	Institucionalizado		Não Institucionalizado					
	M	DP	M	DP	F	p	T	P
Isolamento	5,02	1,478	6,18	1,137	0,643	0,424	- 4,399	0,000
Mobilidade	4,90	1,940	6,76	0,657	34,790	0,000	-6,420	0,000
Actividade Diária	4,74	1,998	6,60	1,294	18,392	0,000	-5,525	0,000
Actividade Ocupacional	1,48	1,111	3,60	2,268	62,440	0,000	-5,936	0,000
Actividade Lúdica	5,30	2,023	4,72	3,058	18,610	0,000	1,119	0,266
Relação Familiar	4,82	1,758	6,50	2,063	8,555	0,004	-4,383	0,000
Recursos Económicos	4,12	0,849	5,32	1,834	82,206	0,000	-4,198	0,000
Qualidade de Vida	30,3800	5,52505	38,6800	6,96182	1,843	0,178	-7,399	0,000

Hipótese 6: Existem diferenças estatisticamente significativas entre os índices de Qualidade de Vida e das suas dimensões, e os dados sociodemográficos dos idosos que compõe a amostra.

Relação entre qualidade de vida e as suas dimensões, o grupo e o sexo

Para a análise da significância dos factores grupo e sexo, sobre as dimensões e do valor total da escala da Qualidade de Vida, foram escolhidos para testar hipóteses da variável grupo, o teste multivariado maior raiz de Roy por ser menos conservador, dada a reduzida dimensão da amostra. Para o sexo e interacção entre os dois factores, optou-se pelo teste de Wilk's Lambda, por ser o que apresenta maior valor.

Assim sendo, em análise à tabela 46, verificamos que a variável grupo teve um efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis endógenas (maior raiz de Roy= 1,324; $f = 15.864$; $p = 0.000$; $n^2p = 0,552$ e potencia= 100,0%) isto é, a potência do teste é nesta situação superior a 80% um valor considerado “aceitável” para Maroco (2007).

No que diz respeito à variável sexo, o efeito observado não é significativo sobre as variáveis endógenas (Wilk's Lambda = 0.886; $f = 1.658$; $p = 0.130$; $n^2p = 0,114$ e potencia= 65,2%). A potência do teste é fraca tendo em consideração os valores de referência.

Finalmente na interação entre os grupos e o sexo, não se verificou efeito significativo com o compósito multivariado sendo que a potência de teste (44,3%) considerada fraca (Wilk's Lambda = 0.922; $f = 1.085$; $p = 0.379$; $n^2p = 0,078$ e potencia= 44.3%).

Tabela 46 – *Determinação do teste para os factores (grupos e sexo) e a sua interação*

Variáveis	Tipo teste	Valor	F	P	Eta parcial (n^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Roy's L. R.	1.234	15.864	0.000	0.552	1,000
Sexo	Wilk's L.	0.886	1.658	0.130	0.114	0.652
Grupo*sexo	Wilk's L.	0.922	1.085	0.379	0.078	0.443

Identificados os efeitos significativos dos factores sobre as variáveis endógenas em estudo, prosseguimos para a realização das análises de variância

Relativamente à variável grupo, os resultados mostram que possui efeito sobre a Qualidade de Vida e a maioria das suas dimensões, exceptuando a dimensão actividade lúdica. A potência de teste é de 96,8% na relação familiar, 97,4% recursos económicos, 99,3% no isolamento, 99,9 % actividade diária e na actividade ocupacional, e de 100.0% nas restantes variáveis, sendo que os valores oscilam entre o bom e o muito bom.

Quanto à variável “sexo”, pela análise das probabilidades verifica-se que não possui um efeito significativo sobre a QDV e as dimensões. E o mesmo se verifica na interação das duas variáveis, grupo*sexo (cf. tabela 46). Assim sendo, diante dos resultados obtidos não podemos aceitar a hipótese, afirmando que não existe diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de QDV e das dimensões, e o sexo.

Tabela 47 – *Efeitos da variável grupo e sexo sobre a Qualidade de Vida e as suas dimensões.*

Variáveis	Grupo em estudo			Sexo			Grupo estudo *sexo		
	f	P	(π)	f	p	(π)	f	P	(π)
Isolamento	20,065	0,000	0,993	3,368	0,070	0,443	0,287	0,594	0,083
Mobilidade	29,546	0,000	1,000	0,625	0,431	0,123	0,413	0,522	0,098
Actividade Diária	25,587	0,000	0,999	0,181	0,671	0,071	0,153	0,697	0,067
Actividade Ocupacional	25,484	0,000	0,999	1,860	0,176	0,271	0,139	0,710	0,066
Actividade Lúdica	1,670	0,199	0,249	1,706	0,195	0,253	1,417	0,237	0,218
Relação Familiar	14,788	0,000	0,968	1,966	0,164	0,284	0,850	0,359	0,150
Recursos Económicos	15,504	0,000	0,974	1,804	0,182	0,265	0,637	0,427	0,124
Qualidade de Vida	41,920	0,000	1,000	0,122	0,728	0,064	0,383	0,537	0,094

Uma vez que apenas se encontraram significâncias estatísticas em relação ao grupo e considerando que os resultados do teste t já foram anteriormente apresentados (cf. tabela 45), escusamo-nos de os repetir na análise desta tabela.

Analisando os índices médios (cf. tabela 48), verificamos que para a generalidade da amostra, os homens (M= 51,5161, DP= 10,11227) apresentam valores médios mais elevados para a QDV que as mulheres (M= 35,6774; DP= 7,57798).

Tendo em conta os grupos verificamos que as mulheres não institucionalizadas apresentam valores médios mais elevados para a QDV (M= 27,3333, DP= 2,74138), isolamento, actividade lúdica e na relação familiar, enquanto, os homens apresentam valores mais elevados para a mobilidade, actividade diária, actividade ocupacional e para os recursos económicos.

No que se refere aos idosos institucionalizados, são os homens que apresentam valores médios mais elevados para a QDV (M= 30,6667, DP= 6,49942), mobilidade, actividade diária, actividade ocupacional e para os recursos económicos. Por outro lado, as mulheres referem mais isolamento, mais actividades lúdicas e melhor relacionamento familiar.

Tabela 48: *Índices médios da QDV e das suas dimensões tendo em conta o sexo e os grupos*

		Sexo				Total	
		Masculinos		Feminino			
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
Isolamento	Instit.	4,50	1,168	5,18	1,540	5,02	1,478
	Não Instit.	5,95	1,026	6,32	1,194	6,18	1,137
	Total	5,39	1,283	5,70	1,498	5,60	1,435
Mobilidade	Instit.	5,25	1,357	4,79	2,094	4,90	1,940
	Não Instit.	6,79	0,631	6,74	0,682	6,76	0,657
	Total	6,19	1,223	5,67	1,884	5,83	1,718
Actividade Diária	Instit.	4,75	1,865	4,74	2,062	4,74	1,998
	Não Instit.	6,79	0,631	6,48	1,568	6,60	1,294
	Total	6,00	1,592	5,52	2,041	5,67	1,918
Actividade Ocupacional	Instit.	2,00	1,477	1,32	0,933	1,48	1,111
	Não Instit.	3,84	2,340	3,45	2,249	3,60	2,268
	Total	3,13	2,217	2,28	1,962	2,54	2,072
Actividade Lúdica	Instit.	5,25	1,913	5,32	2,081	5,30	2,023
	Não Instit.	3,84	3,420	5,26	2,732	4,72	3,058
	Total	4,39	2,974	5,29	2,377	5,01	2,596
Relação Familiar	Instit.	4,67	1,557	4,87	1,833	4,82	1,758
	Não Instit.	5,89	2,052	6,87	2,012	6,50	2,063
	Total	5,42	1,945	5,77	2,150	5,66	2,085
Recursos económicos	Instit.	4,25	1,545	4,08	0,487	4,12	0,849
	Não Instit.	5,74	1,522	5,06	1,982	5,32	1,834
	Total	5,16	1,675	4,52	1,451	4,72	1,544
QDV	Instit.	30,6667	6,49942	30,2895	5,27569	30,3800	5,52505
	Não Instit.	38,8421	6,52570	40,1935	7,27287	39,6800	6,96182
	Total	35,6774	7,57798	34,7391	7,94402	35,0300	7,80631

Relação entre a Qualidade de Vida e as suas dimensões, o grupo e a idade.

Na análise de significância dos factores grupo e a idade, sobre as dimensões e do valor total da escala da Qualidade de Vida, e fazendo referência aos testes multivariados que visam testar as hipóteses relativas a este teste, para a variável grupo, a escolha incidiu na maior raiz de Roy por ser o teste menos conservador, dada a reduzida dimensão da amostra e por ter o valor mais elevado. Para a variável idade e para a interacção entre estas duas variáveis foi escolhido o teste Wilk's Lambda, por ser o que apresenta maior valor.

A variável grupo teve um efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis endógenas (maior raiz de Roy= 1,462; $f = 18.385$; $p = 0.000$; $n^2p = 0,594$ e potencia= 100,0%), tendo uma potência do teste considerada “aceitável”, face aos valores de referência.

No que diz respeito à variável idade, o efeito observado não é significativo sobre as variáveis (Wilk's Lambda = 0.835; $f = 1.188$; $p = 0,288$; $n^2p = 0,86$ e potencia= 71,3%). A potência do teste é fraca tendo em consideração os valores de referência.

Finalmente a interacção das variáveis (grupos*idade), não teve um efeito significativo com o compósito multivariado (Wilk's Lambda = 0.786; $f = 1.612$; $p = 0,080$; $n^2p = 0,114$ e potencia= 86,6%), neste último a potência de teste (86,6%) é considerada “aceitável” tendo em conta os valores de referência (cf. tabela 49).

Tabela 49 – *Determinação do teste para os factores (grupos e idade) e a sua interacção*

Variáveis	Tipo teste	Valor	F	P	Eta parcial (n^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Roy's L.R.	1,462	18,385	0.000	0.594	1,000
Idade	Wilk's L.	0,835	1,188	0.288	0.086	0.713
Grupo*Idade	Wilk's L.	0,786	1,612	0.080	0.114	0,866

Relativamente à análise de variâncias, como observamos na tabela 45, verifica-se que a variável “grupo”, apresenta efeito sobre a Qualidade de Vida e a maioria das suas dimensões, exceptuando a dimensão actividade lúdica. A potência de teste é de 92% para o isolamento, 95,9% para os recursos económicos, 97,4% na relação familiar, e 100% nas restantes variáveis, sendo que, os valores oscilam entre o bom e o muito bom.

Quanto á variável idade, pela análise das probabilidades verifica-se que não possui um efeito significativo sobre a Qualidade de Vida e as suas dimensões.

No respeitante à interacção das duas variáveis (grupo*idade) apenas se verifica significância para a dimensão actividade diária (cf. tabela 50). Assim sendo, diante dos resultados obtidos não podemos aceitar a hipótese, afirmando que não existe diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de Esperança e das dimensões, e a idade.

Tabela 50 – *Efeitos da variável grupo e idade sobre a Esperança e as suas dimensões.*

Variáveis	Grupo			Idade			Grupo estudo*idade		
	F	P	(π)	F	P	(π)	F	p	(π)
Isolamento	11,568	0,001	0,920	2,999	0,055	0,569	0,489	0,615	0,128
Mobilidade	34,677	0,000	1,000	0,068	0,935	0,060	0,455	0,636	0,122
Actividade Diária	29,917	0,000	1,000	1,187	0,310	0,254	3,240	0,044	0,605
Actividade Ocupacional	38,571	0,000	1,000	1,757	0,178	0,360	0,101	0,904	0,065
Actividade Lúdica	1,549	0,266	0,234	0,237	0,790	0,086	0,516	0,599	0,133
Relação Familiar	15,500	0,000	0,974	0,170	0,844	0,076	1,143	0,323	0,246
Recursos Económicos	14,008	0,000	0,959	0,822	0,443	0,187	0,808	0,449	0,185
Qualidade de Vida	45,466	0,000	1,000	0,205	0,815	0,081	0,494	0,612	0,129

Uma vez que apenas se encontraram significâncias estatísticas em relação ao grupo e considerando que os resultados do teste t já foram apresentados (ver tabela 45), não voltaremos a apresentá-la.

Analisando os índices médios (cf. tabela 51), verifica-se que na totalidade da amostra os idosos na faixa etária inferior ou igual a 79 anos ($M= 37,5758$, $DP= 7,09767$) são os que apresentam melhor QVD quando comparados com as outras faixas etárias.

Tendo em conta os grupos, os idosos institucionalizados, com idades compreendidas entre os 80 e os 85 anos referem, em valores médios, mais QDV ($M= 31,4211$, $DP= 4,45116$), mais mobilidade, mais actividade diária e actividade lúdica, enquanto, os idosos com idades iguais e inferior a 79 anos referem mais isolamento e melhores recursos económicos. No que se refere à actividade ocupacional e a relação familiar, são os idosos com 86 ou mais anos, que apresentam valores médios mais altos.

Nos idosos não institucionalizados, são os com idade igual ou inferior a 79 anos, que referem, em termos médios, ter mais QDV ($M= 40,5417$, $DP= 5,18341$), mais isolamento, maior mobilidade, mais actividade diária e lúdica, e melhor relação com a família. Por sua vez, os idosos com idade igual ou superior a 86 anos referem mais actividade ocupacional e melhores recursos económicos.

Tabela 51: Índices médios da QDV e das suas dimensões tendo em conta a idade e os grupos

		Idade						Total	
		≤ 79 anos		80 – 85 anos		≥ 86 anos			
		Média	DP	Média	DP	Média	DP		
Isolamento	Instit.	5,78	1,716	5,16	1,068	4,59	1,593	5,02	1,478
	Não Instit.	6,33	0,963	6,20	1,014	5,82	1,601	6,18	1,137
	Total	6,18	1,211	5,62	1,155	5,00	1,677	5,60	1,435
Mobilidade	Instit.	4,67	2,179	4,95	2,013	4,95	1,864	4,90	1,940
	Não Instit.	6,92	0,408	6,73	0,704	6,45	0,934	6,76	0,657
	Total	6,30	1,531	5,74	1,797	5,45	1,752	5,83	1,718
Actividade Diária	Instit.	3,78	2,224	5,42	1,539	4,55	2,132	4,74	1,998
	Não Instit.	6,92	0,408	6,40	1,404	6,18	2,136	6,60	1,294
	Total	6,06	1,836	5,85	1,540	5,09	2,241	5,67	1,918
Actividade Ocupacional	Instit.	1,00	0,000	1,47	1,124	1,68	1,287	1,48	1,111
	Não Instit.	3,17	2,316	3,80	2,210	4,27	2,240	3,60	2,268
	Total	2,58	2,194	2,50	2,034	2,55	2,048	2,54	2,072
Actividade Lúdica	Instit.	5,33	2,236	5,74	0,991	4,91	2,543	5,30	2,023
	Não Instit.	5,08	3,049	4,27	3,218	4,55	3,045	4,72	3,058
	Total	5,15	2,819	5,09	2,340	4,79	2,678	5,01	2,596
Relação Familiar	Instit.	4,44	1,333	4,84	1,675	4,95	2,011	4,82	1,758
	Não Instit.	6,87	2,071	6,40	2,028	5,82	2,089	6,50	2,063
	Total	6,21	2,176	5,53	1,973	5,24	2,047	5,66	2,085
Recursos económicos	Instit.	4,67	1,323	3,84	,688	4,14	,640	4,12	,849
	Não Instit.	5,25	2,152	5,20	1,521	5,64	1,567	5,32	1,834
	Total	5,09	1,958	4,44	1,307	4,64	1,245	4,72	1,544
QDV	Instit.	29,6667	5,24404	31,4211	4,45116	29,7727	6,49492	30,3800	5,52505
	Não Instit.	40,5417	5,18341	39,0000	8,22018	38,7273	8,81012	39,6800	6,96182
	Total	37,5758	7,09767	34,7647	7,35283	32,7576	8,38537	35,0300	7,80631

Relação entre Qualidade de vida e as suas dimensões, o grupo e o estado civil.

Relativamente à significância dos factores grupo e estado civil, sobre as dimensões e do valor total da escala da Qualidade de Vida, foi avaliada através de uma análise de variância a dois factores (MANOVA), que incidiu sobre 100 sujeitos, divididos em dois grupos com 50 sujeitos cada, sendo que desses 71 são solteiros, viúvos e separados, e 29 são casados.

O teste maior raiz de Roy foi o teste multivariado, escolhido para a variável grupo, por ser um teste menos conservador, dada a reduzida dimensão da amostra e por ter o valor mais elevado. Para a variável estado civil e para a interacção grupo*estado civil, foi eleito o teste

de Wilk's Lambda. No que concerne à significância para o factor grupo, verificamos que teve um efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis (maior raiz de Roy= 0,712; $f=9,158$; $p=0.000$; $n^2p=0,416$ e potencia= 100,0%). A potência de teste, segundo os valores de referência é considerada aceitável.

Na variável estado civil, o efeito observado não é significativo sobre as variáveis (Wilk's Lambda = 0.880; $f=1,756$; $p=0.106$; $n^2p=0,120$ e potencia= 68,20%).

Relativamente à interacção entre o grupo e o estado civil, não existe, igualmente, efeito significativo no que concerne ao compósito multivariado (Wilk's Lambda = 0,889; $f=1,607$; $p=0,144$; $n^2p=0,111$ e potencia= 63,60%) (cf. tabela 52).

Tabela 52 – *Determinação do teste para os factores (grupos e estado civil) e a sua interacção*

Variáveis	Tipo teste	Valor	f	P	Eta parcial (n^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Roy's L.R.	0,712	18,385	0.000	0.594	1,000
Estado Civil	Wilk's L.	0,880	1,188	0.288	0.086	0.713
Grupo*Est. Civil	Wilk's L.	0,889	1,612	0.080	0.114	0,866

Analisando a tabela 53, verificamos que a variável grupo, apresenta efeito sobre a Qualidade de Vida e a maioria das suas dimensões, exceptuando a dimensão actividade lúdica. A potência de teste nesta variável varia entre 57,1% para o isolamento e 99,4% para a Qualidade de Vida.

Quanto á variável estado civil, pela análise das probabilidades verifica-se apenas significância para a dimensão recursos económicos ($F=5,415$; $p=0,022$; $<0,05$).

Na interacção das duas variáveis (grupo*estado civil) verifica-se significância para a dimensão actividade ocupacional ($F=6,620$; $p=0,012$; $<0,05$) e a Qualidade de Vida ($F=5,676$; $p=0,019$; $<0,05$).

Tabela 53 – *Efeitos da variável grupo e Estado Civil sobre a Qualidade de Vida e as suas dimensões.*

Variáveis	Grupo			Estado Civil			Grupo*Estado Civil		
	F	P	(π)	F	P	(π)	F	P	(π)
Isolamento	4,671	0,033	0,571	2,269	0,135	0,320	3,157	0,079	0,420
Mobilidade	18,074	0,000	0,988	1,133	0,290	0,184	0,548	0,461	0,113
Actividade Diária	12,566	0,001	0,939	2,154	0,145	0,306	0,259	0,612	0,080
Actividade Ocupacional	17,246	0,000	0,984	1,515	0,221	0,230	6,620	0,012	0,721
Actividade Lúdica	1,497	0,224	0,228	0,998	0,320	0,167	2,657	0,106	0,365
Relação Familiar	8,398	0,005	0,818	0,213	0,646	0,074	0,493	0,484	0,107
Recursos Económicos	5,415	0,022	0,634	5,415	0,022	0,634	0,174	0,677	0,070
Qualidade de Vida	20,235	0,000	0,994	0,798	0,374	0,143	5,676	0,019	0,655

Uma vez que se encontraram significâncias estatísticas, em relação ao grupo e considerando que os resultados do teste t já foram anteriormente apresentados (cf. Tabela 45), não é necessário de repetir a análise desta tabela.

No que diz respeito à variável estado civil também foram significâncias estatísticas, que se encontram descritas na tabela 54. Assumindo a não homogeneidade para a dimensão recursos económicos ($p=0,000$) conforme probabilidade do teste de *Levene*, verificamos que os recursos económicos têm efeito sobre as variáveis em estudo.

Assim sendo, diante dos resultados obtidos não podemos aceitar a hipótese, afirmando que não existe diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de qualidade de vida e das dimensões, e a idade, uma vez que esta apenas se verificou na dimensão recursos económicos. Assim sendo podemos concluir que os idosos casados apresentam melhores recursos económicos.

Tabela 54: *Teste-t para diferenças de médias entre a Qualidade de Vida e as suas dimensões e o estado civil.*

Variáveis	Estado Civil				Teste de Levene		Teste-t igualdade de variâncias	
	Solteiros/viúvos/ Separados		Casados					
	M	DP	M	DP	F	P	T	P
Recursos Económicos	4,38	1,335	5,55	1,123	13,107	0,000	- 3,649	0,000

Em análise à tabela 55, que apresenta os índices médios da QDV e das suas dimensões na interacção do grupo com o estado civil, verificamos que de um modo geral, os idosos casados ($M= 37,6897$, $DP= 6,81439$) possuem maior QDV que os idosos solteiros/viúvos/separados.

Tendo em conta os grupos verificamos que os idosos institucionalizados, que são casados apresentam índices médios mais elevados, proporcionais a uma melhor QDV, do que o grupo de idosos solteiros/viúvos e separados em todos os factores da escala.

Nos idosos não institucionalizados, são os idosos solteiros/viúvos/separados que apresentam valores médios mais elevados proporcionais a uma melhor QDV ($M= 40,7778$, $DP=6,89667$), assim como em todas as dimensões da escala, excepto para a mobilidade, actividade diária e recursos económicos, em que os índices médios são apresentados pelos idosos casados.

Na interacção das duas variáveis verificamos igualmente significância, analisando as diferenças de médias das duas variáveis, somos levados a inferir que os idosos casados e a viver em comunidade apresentam uma melhor qualidade de vida.

Tabela 55: *Índices médios da QDV e das suas dimensões tendo em conta o estado civil idade e os grupos*

		Estado Civil				Total	
		Solteiro/Viúvo/ Separado		Casado			
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
Isolamento	Instit.	4,89	1,482	6,00	1,095	5,02	1,478
	Não Instit.	6,22	1,251	6,13	1,014	6,18	1,137
	Total	5,39	1,535	6,10	1,012	5,60	1,435
Mobilidade	Instit.	4,82	1,944	5,50	1,975	4,90	1,940
	Não Instit.	6,70	0,724	6,83	0,576	6,76	,657
	Total	5,54	1,835	6,55	1,121	5,83	1,718
Actividade Diária	Instit.	4,64	2,001	5,50	1,975	4,74	1,998
	Não Instit.	6,41	1,670	6,83	0,576	6,60	1,294
	Total	5,31	2,060	6,55	1,121	5,67	1,918
Actividade Ocupacional	Instit.	1,41	1,041	2,00	1,549	1,48	1,111
	Não Instit.	4,37	2,022	2,70	2,245	3,60	2,268
	Total	2,54	2,069	2,55	2,114	2,54	2,072
Actividade Lúdica	Instit.	5,25	2,125	5,67	1,033	5,30	2,023
	Não Instit.	5,52	2,486	3,78	3,437	4,72	3,058
	Total	5,35	2,256	4,17	3,174	5,01	2,596
Relação Familiar	Instit.	4,75	1,727	5,33	2,066	4,82	1,758
	Não Instit.	6,56	2,154	6,43	1,996	6,50	2,063
	Total	5,44	2,082	6,21	2,024	5,66	2,085
Recursos económicos	Instit.	4,00	0,647	5,00	1,549	4,12	0,849
	Não Instit.	5,00	1,861	5,70	1,769	5,32	1,834
	Total	4,38	1,335	5,55	1,723	4,72	1,544
QDV	Instit.	29,7500	5,22127	35,0000	5,96657	30,3800	5,52505
	Não Instit.	40,7778	6,89667	38,3913	6,96575	39,6800	6,96182
	Total	33,9437	7,96759	37,6897	6,81439	35,0300	7,80631

Relação entre Qualidade de vida e as suas dimensões, o grupo e habilitações literárias.

Para testar as hipóteses dos factores grupo e as habilitações literárias, sobre as dimensões e do valor total da escala da Qualidade de Vida, foi escolhido para a variável grupo, o teste maior raiz de Roy, pelas razões anteriormente referidas. Para a variável

habilitações literárias e para a interacção grupo*estado civil, foi eleito o teste de Wilk's Lambda.

No que concerne à significância para o factor grupo, verificamos que teve um efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis (maior raiz de Roy= 1,407; $f = 18,096$; $p = 0.000$; $n^2p = 0,585$ e potencia= 100,0%). A potência de teste, segundo os valores de referência é considerada aceitável.

Na análise à variável habilitações literárias, o efeito observado é significativo (Wilk's Lambda = 0.857; $f = 2,140$; $p = 0.047$; $n^2p = 0,143$ e potencia= 78,4%).

Relativamente à interacção entre o grupo e habilitações literárias, também existe efeito significativo no que concerne ao compósito multivariado (Wilk's Lambda = 0,854; $f = 2,196$; $p = 0,042$; $n^2p = 0,146$ e potencia= 79,6%) (cf. tabela 56).

Tabela 56 – *Determinação do teste para os factores (grupos e habilitações literárias) e a sua interacção.*

Variáveis	Tipo teste	Valor	F	P	Eta parcial (n^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Roy's L.R.	1,407	18,096	0.000	0.585	1,000
Habilit. literárias	Wilk's L.	0,857	2,140	0.047	0.143	0.784
Grupo*Hab.Liter.	Wilk's L.	0,854	2,196	0.042	0.146	0,796

Identificados os efeitos significativos dos factores sobre as variáveis externas em estudo, prosseguimos para a realização das análises de variância.

Relativamente à variável grupo, os resultados mostram que possui efeito sobre a QDV e a maioria das suas dimensões, exceptuando a dimensão actividade lúdica. A potência de teste nesta variável é de 94% para a relação familiar, 95,5% para o isolamento, 97,4% para os recursos económicos, e de 100,0% para as restantes variáveis (ver tabela 57).

Quanto á variável habilitações literárias, pela análise das variâncias verifica-se significância para a dimensão mobilidade ($F = 4,604$; $p = 0,034 < 0,05$), actividade diária ($F = 8,945$; $p = 0,004 < 0,05$) e actividade lúdica ($F = 5,008$; $p = 0,028 < 0,05$).

Na interacção das duas variáveis (grupo*habilitações) verifica-se significância para a dimensão relação familiar ($F = 7,221$; $p = 0,008 < 0,05$) (cf. tabela 57).

Tabela 57 – *Efeitos da variável grupo e habilitações literárias sobre a Qualidade de Vida e as suas dimensões.*

Variáveis	Grupo			Habilitações Literárias			Grupo*Hab. Literárias		
	F	P	(π)	F	p	(π)	F	P	(π)
Isolamento	13,662	0,000	0,955	1,968	0,164	0,284	1,608	0,208	0,241
Mobilidade	36,817	0,000	1,000	4,604	0,034	0,565	0,550	0,460	0,114
Actividade Diária	29,601	0,000	1,000	8,945	0,004	0,842	2,471	0,119	0,343
Actividade Ocupacional	35,538	0,000	1,000	0,293	0,589	0,084	0,958	0,330	0,163
Actividade Lúdica	3,275	0,073	0,433	5,008	0,028	0,601	2,234	0,138	0,316
Relação Familiar	12,633	0,001	0,940	0,360	0,550	0,091	7,221	0,008	0,758
Recursos Económicos	15,540	0,000	0,974	1,118	0,293	0,182	0,237	0,628	0,077
Qualidade de Vida	44,257	0,000	1,000	7,776	0,006	0,788	0,529	0,469	0,111

No que diz respeito as habilitações literárias verificaram-se significâncias estatísticas (cf. tabela 58). Assumindo igualdade de variâncias na QDV e não homogeneidade na mobilidade, actividade diária e actividade lúdica, conforme a probabilidade do teste de *Levene*. Analisando os efeitos principais da variável habilitações literárias em relação às variáveis em estudo, encontramos significâncias estatísticas para a mobilidade ($t = -2,567$; $p = 0,013$; $< 0,05$), actividade diária ($t = -3,340$; $p = 0,001$; $< 0,05$) e a QDV ($t = -3,236$; $p = 0,002$; $< 0,05$). No que diz respeito à actividade lúdica não foram encontradas diferenças estatísticas significativas.

Perante os resultados obtidos somos levados a rejeitar a hipótese, que refere existir diferenças significativas entre a QDV e as dimensões, e as habilitações literárias, uma vez que estas só se verificaram para a QDV, mobilidade e actividade diária.

Assumindo ainda os índices médios, verifica-se que os idosos com habilitações literárias apresentam valores mais elevados, proporcionais a uma melhor QDV. Assim, somos a concluir que os idosos com habilitações literárias apresentam melhor QDV que os idosos sem formação académica, assim como uma melhor mobilidade e mais actividade diária.

Tabela 58: *Test-t para diferenças de médias entre a Qualidade de Vida e as suas dimensões e as habilitações literárias.*

Variáveis	Habilitações Literárias				<i>Teste de Levene</i>		<i>Teste-t</i> igualdade de variâncias	
	Sem Habilitações		Com Habilitações					
	M	DP	M	DP	F	<i>P</i>	<i>T</i>	<i>P</i>
Mobilidade	5,24	2,019	6,19	1,401	8,084	0,005	- 2,567	0,013
Actividade Diária	4,84	2,125	6,18	1,594	7,494	0,007	- 3,340	0,001
Actividade Lúdica	4,39	2,964	5,39	2,286	7,903	0,006	- 1,767	0,082
Qualidade de Vida	31,9474	7,47228	36,9194	7,44884	0,100	0,753	- 3,236	0,002

Quanto à variável grupo, uma vez que já se efectuou a análise dos resultados do teste *t* escusamo-nos de a repetir, nesta análise (cf. tabela 45).

No que se refere a interacção da variável grupo e habilitações literárias, tendo em conta os valores médios, verificamos que os idosos institucionalizados, com habilitações (M= 25,9565, DP= 3,33682) referem melhor QDV, menos isolamento, maior mobilidade, mais actividade diária e lúdica, melhor relacionamento familiar e recursos económicos, enquanto, os idosos sem habilitações referem apenas mais actividade ocupacional. Este cenário mantém-se no que diz respeito aos idosos não institucionalizados

Assim sendo, e tendo em conta a significância estatística encontrada para a interacção das duas variáveis, somos levados a inferir que os idosos com habilitações e a residir em comunidade apresentam uma melhor QDV (cf. tabela 59).

Tabela 59: Índices médios da QDV e das suas dimensões tendo em conta as habilitações literárias e os grupos

		Habilitações Literárias				Total	
		Sem Habilitações		Com Habilitações			
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
Isolamento	Instit.	5,00	1,651	5,04	1,344	5,02	1,478
	Não Instit.	5,67	0,976	6,40	1,143	6,18	1,137
	Total	5,26	1,446	5,81	1,401	5,60	1,435
Mobilidade	Instit.	4,43	2,150	5,30	1,683	4,90	1,940
	Não Instit.	6,47	0,915	6,89	0,471	6,76	0,657
	Total	5,24	2,019	6,19	1,401	5,83	1,718
Actividade Diária	Instit.	3,91	1,998	5,44	1,739	4,74	1,998
	Não Instit.	6,27	1,438	6,74	1,221	6,60	1,294
	Total	4,84	2,125	6,18	1,594	5,67	1,918
Actividade Ocupacional	Instit.	1,39	1,033	1,56	1,188	1,48	1,111
	Não Instit.	4,00	2,070	3,43	2,355	3,60	2,268
	Total	2,42	1,981	2,61	2,138	2,54	2,072
Actividade Lúdica	Instit.	5,09	2,557	5,48	1,451	5,30	2,023
	Não Instit.	3,33	3,309	5,31	2,784	4,72	3,058
	Total	4,39	2,964	5,39	2,286	5,01	2,596
Relação Familiar	Instit.	5,26	2,137	4,44	1,281	4,82	1,758
	Não Instit.	5,60	2,028	6,89	1,982	6,50	2,063
	Total	5,39	2,074	5,82	2,092	5,66	2,085
Recursos económicos	Instit.	3,87	0,626	4,33	0,961	4,12	0,849
	Não Instit.	5,20	1,521	5,37	1,972	5,32	1,834
	Total	4,39	1,242	4,92	1,682	4,72	1,544
QDV	Instit.	28,9565	5,32983	31,5926	5,49307	30,3800	5,52505
	Não Instit.	36,5333	8,10526	41,0286	6,04632	39,6800	6,96182
	Total	31,9474	7,47228	36,9194	7,44884	35,0300	7,80631

Relação entre Qualidade de vida e as suas dimensões, o grupo e a percepção do estado de saúde.

O teste maior raiz de Roy foi o teste multivariado escolhido para testar as hipóteses relativas a variável grupo, por ser um teste menos conservador, dada a reduzida dimensão da amostra e por ter o valor mais elevado. Para a variável estado de saúde para a interacção grupo*estado saúde, foi eleito o teste de Wilk's Lambda.

No que concerne à significância para o factor grupo, verificamos que teve um efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis (maior raiz de Roy= 1,517; $f = 19,509$; $p = 0.000$; $n^2p = 0,603$ e potencia= 100,0%). A potência de teste, segundo os valores de referência é considerada aceitável.

Para a variável estado de saúde, o efeito observado não é significativo sobre as variáveis (Wilk's Lambda = 0.906; $f = 1,340$; $p = 0.241$; $n^2p = 0,094$ e potencia= 54,2%).

Relativamente à interacção entre o grupo e o estado de saúde, existe efeito significativo no que concerne ao compósito multivariado (Wilk's Lambda = 0,805; $f = 3,111$; $p = 0,006$; $n^2p = 0,195$ e potencia= 93,0%) a potência de teste é aceitável, tendo em conta os valores de referência (cf. tabela 60).

Tabela 60 – *Determinação do teste para os factores (grupos e estado de saúde) e a sua interacção*

Variáveis	Tipo teste	Valor	f	P	Eta parcial (n^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Roy's L.R.	1,517	19,509	0.000	0.603	1,000
Estado de Saúde	Wilk's L.	0,906	1,340	0.241	0.094	0.542
Grupo*Est. Saúde	Wilk's L.	0,805	3,111	0.006	0.195	0,930

Procedendo à análise de variância para a variável grupo, os resultados mostram que esta possui efeito sobre a QDV e a maioria das suas dimensões, exceptuando a dimensão actividade lúdica. A potência de teste nesta variável é de 97,8% para os recursos económicos, 98,9% na relação familiar, 98,6% para o isolamento, 99,9% para a actividade diária, e de 100,0% para as restantes variáveis (cf. tabela 45).

Quanto á variável estado de saúde, como se pode verificar na tabela 61, foi observada significância para a dimensão actividade lúdica ($F = 5,801$; $p = 0,018 < 0,05$), e a QDV ($F = 5,998$; $p = 0,016 < 0,05$).

Na interacção das duas variáveis (grupo*estado de saúde) verifica-se significância para a dimensão isolamento ($F = 7,221$; $p = 0,008 < 0,05$) e actividade lúdica ($F = 5,801$; $p = 0,018 < 0,05$).

Tabela 61– *Efeitos da variável grupo e estado de saúde sobre a Qualidade de Vida e as suas dimensões.*

Variáveis	Grupo			Estado de Saúde			Grupo*Estado de Saúde		
	F	P	(π)	F	P	(π)	F	P	(π)
Isolamento	17,648	0,000	0,986	0,268	0,606	0,081	6,347	0,013	0,703
Mobilidade	35,716	0,000	1,000	3,154	0,079	0,420	0,042	0,837	0,055
Actividade Diária	26,046	0,000	0,999	3,747	0,056	0,483	0,346	0,558	0,090
Actividade Ocupacional	31,072	0,000	1,000	1,125	0,291	0,183	0,002	0,967	0,050
Actividade Lúdica	3,062	0,083	0,410	5,801	0,018	0,664	7,757	0,006	0,787
Relação Familiar	18,342	0,001	0,989	0,049	0,824	0,056	1,429	0,235	0,220
Recursos Económicos	16,165	0,000	0,978	0,049	0,825	0,056	0,008	0,930	0,051
Qualidade de Vida	47,553	0,000	1,000	5,998	0,016	0,679	1,147	0,287	0,185

Para a variável estado de saúde foram encontradas significâncias estatísticas (cf. tabela 62).

Assumindo igualdade de variâncias na QDV e não homogeneidade na actividade lúdica, conforme a probabilidade do teste de *Levene*.

Analisando os efeitos principais da variável estado de saúde em relação às variáveis em estudo, encontramos significâncias estatísticas para a QDV

($t = -3,203$; $p = 0,002$; $< 0,05$). No que diz respeito à actividade lúdica não foram encontradas diferenças estatísticas significativas.

Perante os resultados obtidos, não podemos aceitar a hipótese que existem diferenças significativas entre a QDV e as dimensões, e o estado de saúde, uma vez que esta apenas se verificou para a QDV. Assim sendo, concluímos que os idosos que percebem o seu estado de saúde como bom/muito bom têm melhor QDV.

Tabela 62: *Teste-t para diferenças de médias entre a Qualidade de Vida e as suas dimensões e o estado de saúde.*

Variáveis	Estado de saúde				<i>Teste de Levene</i>		<i>Teste-t</i> igualdade de variâncias	
	Muito mau/nem bom, nem mau		Bom/ Muito Bom					
	M	DP	M	DP	F	P	T	P
Actividade Lúdica	4,48	2,888	5,50	2,210	7,220	0,008	- 1,973	0,052
Qualidade de Vida	32,5417	7,47751	37,3269	7,45370	0,225	0,636	- 3,203	0,002

No que diz respeito à variável grupo não apresentamos os resultados pelas razões anteriormente referidas.

Analisando os índices médios da QDV e as suas dimensões, na interacção do grupo com o estado de saúde (cf. tabela 63), verificamos que na generalidade da amostra, os idosos que percebem o seu estado de saúde como bom/muito bom ($M= 37,3269$, $DP= 7,45370$) apresentam valores médios superiores aos que o percebem como muito mau/nem bom, nem mau.

Tendo em conta os grupos verificamos que os idosos institucionalizados, que percebem o seu estado de saúde como bom/muito bom apresentam índices médios mais elevados proporcionais a uma melhor QDV ($M= 31,3810$, $DP= 6,52285$), verificando-se o mesmo para as dimensões, com excepção para o isolamento e a actividade lúdica.

Por sua vez os idosos a residir no domicílio, que percebem o seu estado de saúde como bom/muito bom, apresentam valores médios mais elevados, proporcionais a uma melhor na QDV ($M= 41,3548$, $DP= 4,95680$), assim como nas dimensões, excepto para a relação familiar.

Assim sendo, tendo em conta que se verificamos significâncias estatísticas na interacção das duas variáveis somos levados a inferir que os idosos que percebem o seu estado de saúde como bom/muito bom, e a residir na comunidade possuem uma melhor qualidade de vida.

Tabela 63: *Índices médios da QDV e das suas dimensões tendo em conta o estado saúde e os grupos*

		Estado de Saúde				Total	
		Muito Mau/ Nem Bom, Nem Mau		Bom / Muito Bom			
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
Isolamento	Instit.	5,24	1,431	4,71	1,521	5,02	1,478
	Não Instit.	5,68	1,336	6,48	0,890	6,18	1,137
	Total	5,42	1,397	5,77	1,463	5,60	1,435
Mobilidade	Instit.	4,66	1,857	5,24	2,047	4,90	1,940
	Não Instit.	6,47	0,905	6,94	0,359	6,76	0,657
	Total	5,38	1,782	6,25	1,558	5,83	1,718
Actividade Diária	Instit.	4,38	1,916	5,24	2,047	4,74	1,998
	Não Instit.	6,32	1,701	6,77	0,956	6,60	1,294
	Total	5,15	2,052	6,15	1,661	5,67	1,918
Actividade Ocupacional	Instit.	1,31	0,930	1,71	1,309	1,48	1,111
	Não Instit.	3,37	2,216	3,74	2,323	3,60	2,268
	Total	2,13	1,852	2,92	2,204	2,54	2,072
Actividade Lúdica	Instit.	5,38	2,094	5,19	1,965	5,30	2,023
	Não Instit.	3,11	3,414	5,71	2,369	4,72	3,058
	Total	4,48	2,888	5,50	2,210	5,01	2,596
Relação Familiar	Instit.	4,59	1,680	5,14	1,852	4,82	1,758
	Não Instit.	6,74	1,910	6,35	2,169	6,50	2,063
	Total	5,44	2,052	5,87	2,115	5,66	2,085
Recursos económicos	Instit.	4,10	0,557	4,14	1,153	4,12	0,849
	Não Instit.	5,26	1,522	5,35	2,026	5,32	1,834
	Total	4,56	1,183	4,87	1,815	4,72	1,544
QDV	Instit.	29,6552	4,66197	31,3810	6,52285	30,3800	5,52505
	Não Instit.	36,9474	8,84731	41,3548	4,95680	39,6800	6,96182
	Total	32,5417	7,47751	37,3269	7,45370	35,0300	7,80631

Relação entre Qualidade de vida e as suas dimensões, o grupo e ter filhos.

O teste multivariado escolhido para testar as hipóteses relativas as variáveis grupo, ter filhos e para a interacção grupo*ter filhos, foi o Wilk's Lambda, por ter o valor mais elevado.

No que concerne à significância para o factor grupo, verificamos que teve um efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis (Wilk's Lambda= 0,690; f =5,770;

$p= 0.000$; $n^2p= 0,310$ e potencia= 99,9%). A potência de teste, segundo os valores de referência é considerada aceitável (cf. tabela 64).

Para a variável ter filhos, o efeito observado não é significativo sobre as variáveis (Wilk's Lambda = 0,872; $f= 1,885$; $p= 0.081$ $n^2p= 0,128$ e potencia= 72,0%).

Na interacção entre o grupo e o estado civil, foi encontrado um efeito significativo (Wilk's Lambda = 0,825; $f= 2,731$; $p= 0,013$; $n^2p= 0,175$ e potencia= 88,8%).

Tabela 64 – *Determinação do teste para os factores (grupos e ter filhos) e a sua interacção*

Variáveis	Tipo teste	Valor	F	P	Eta parcial (n^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Wilk's L.	0,690	5,770	0,000	0,310	0,999
Ter filhos	Wilk's L.	0,872	1,885	0,081	0,128	0,720
Grupo*Ter filhos	Wilk's L.	0,825	2,731	0,013	0,175	0,888

Analisando a tabela 65, verificamos existir efeito significativo da variável grupo, sobre a dimensão mobilidade ($p= 0,09$), com uma potência de teste classificada 75,2%, a actividade ocupacional ($p= 0,000$), com uma potência de teste 98,5%, os recursos económicos ($p= 0,016$) tendo uma potência de 68,2% e a Qualidade de Vida ($p= 0,013$) 70,6%.

As potências de teste para as restantes variáveis são muito fracas, oscilando entre 5,8% para a relação familiar e 12,5% para o isolamento.

Quanto á variável ter filhos, verifica-se significância para a relação familiar ($F= 10,045$; $p= 0,002$; $<0,05$), com uma potência de teste 88,1%.

Na interacção das duas variáveis (grupo*ter filhos) verifica-se significância para a dimensão isolamento ($F= 6,347$; $p= 0,026$; $< 0,05$) e actividade diária ($F= 0,346$; $p= 0,003$; $<0,05$), relação familiar ($F= 1,429$; $p= 0,011$; $< 0,05$) e QDV ($F= 1,147$; $p= 0,045$; $< 0,05$).

Tabela 65 – Efeitos da variável grupo e ter filhos sobre a Qualidade de Vida e as suas dimensões.

Variáveis	Grupo			Ter Filhos			Grupo*Ter Filhos		
	F	P	(π)	F	P	(π)	F	P	(π)
Isolamento	0,647	0,423	0,125	0,085	0,701	0,060	6,347	0,026	0,611
Mobilidade	7,124	0,009	0,752	0,160	0,690	0,068	0,042	0,202	0,247
Actividade Diária	0,603	0,439	0,120	0,236	0,628	0,077	0,346	0,003	0,867
Actividade Ocupacional	17,459	0,000	0,985	0,027	0,870	0,053	0,002	0,291	0,183
Actividade Lúdica	0,545	0,462	0,113	0,010	0,922	0,051	7,757	0,874	0,053
Relação Familiar	0,070	0,792	0,058	10,045	0,002	0,881	1,429	0,011	0,724
Recursos Económicos	6,040	0,016	0,682	0,835	0,363	0,148	0,008	0,807	0,057
Qualidade de Vida	6,386	0,013	0,706	1,053	0,307	0,174	1,147	0,045	0,522

Para a variável ter filhos, foram encontradas significâncias estatísticas (cf. tabela 66). Assumindo a não homogeneidade da relação familiar, conforme a probabilidade do teste de *Levene*, verificamos que a relação familiar vida ($t = 3,366$; $p = 0,004$; $< 0,05$) tem efeito nas variáveis em estudo.

Perante os resultados obtidos, não podemos aceitar a hipótese que refere existir diferenças estatísticas entre a QDV e as dimensões, e a variável ter filhos, uma vez que esta apenas se verificou para a dimensão relação familiar. Assim sendo, concluímos os idosos que têm filhos têm um melhor relacionamento familiar, quando comparados com os que não têm.

Tabela 66: Teste-t para diferenças de médias entre a Qualidade de Vida e as suas dimensões e ter filhos.

Variáveis	Ter filhos				<i>Teste de Levene</i>		<i>Teste-t</i> igualdade de variâncias	
	Sim		Não					
	M	DP	M	DP	F	P	T	P
Relação Familiar	5.85	2.065	4.09	1.578	56.569	0.000	3.366	0.004

No que diz respeito à variável grupo não efectuamos pelas razões anteriormente referidas (cf. tabela 45)

Analisando os índices médios da QDV e das suas dimensões na interacção do grupo com o facto de ter ou não filhos (cf. tabela 67), verificamos de uma maneira geral, os idosos

que têm filhos ($M= 35,3371$, $DP= 7,85804$) apresentam valores médios de QDV superiores, quando comparados com os idosos que não têm ($M= 32,5455$, $DP= 7,22999$).

Analisando os grupos verificamos que os idosos institucionalizados, que não têm filhos referem melhor QDV ($M= 32,2500$; $DP= 3,15096$), mais isolamento, maior mobilidade, mais actividade diária e actividade lúdica. Por sua vez, os idosos com filhos manifestam mais actividade ocupacional, melhor relacionamento familiar e melhores recursos económicos. Nos idosos não institucionalizados, verificamos que os idosos que têm filhos referem uma maior QDV ($M= 40,0851$, $DP= 6,24789$), mais isolamento, maior mobilidade, mais actividade diária e lúdica, melhor relacionamento familiar e recursos económicos, por outro lado, os idosos que não têm filhos referem mais actividade ocupacional.

Tabela 67: Índices médios da QDV e das suas dimensões em função do grupo e ter filhos.

		Ter Filhos				Total	
		Sim		Não			
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
Isolamento	Instit.	4,83	1,480	6,00	1,069	5,02	1,478
	Não Instit.	6,23	,983	5,33	2,887	6,18	1,137
	Total	5,57	1,421	5,82	1,601	5,60	1,435
Mobilidade	Instit.	4,76	1,961	5,63	1,768	4,90	1,940
	Não Instit.	6,79	,623	6,33	1,155	6,76	,657
	Total	5,83	1,740	5,82	1,601	5,83	1,718
Actividade Diária	Instit.	4,50	2,051	6,00	1,069	4,74	1,998
	Não Instit.	6,72	,902	4,67	4,041	6,60	1,294
	Total	5,67	1,906	5,64	2,111	5,67	1,918
Actividade Ocupacional	Instit.	1,57	1,192	1,00	,000	1,48	1,111
	Não Instit.	3,55	2,254	4,33	2,887	3,60	2,268
	Total	2,62	2,075	1,91	2,023	2,54	2,072
Actividade Lúdica	Instit.	5,26	2,176	5,50	,926	5,30	2,023
	Não Instit.	4,72	3,041	4,67	4,041	4,72	3,058
	Total	4,98	2,667	5,27	2,005	5,01	2,596
Relação Familiar	Instit.	4,88	1,824	4,50	1,414	4,82	1,758
	Não Instit.	6,72	1,885	3,00	1,732	6,50	2,063
	Total	5,85	2,065	4,09	1,578	5,66	2,085
Recursos económicos	Instit.	4,21	,782	3,63	1,061	4,12	,849
	Não Instit.	5,34	1,857	5,00	1,732	5,32	1,834
	Total	4,81	1,551	4,00	1,342	4,72	1,544
QDV	Instit.	30,0238	5,82881	32,2500	3,15096	30,3800	5,52505
	Não Instit.	40,0851	6,24789	33,3333	15,01111	39,6800	6,96182
	Total	35,3371	7,85804	32,5455	7,22999	35,0300	7,80631

Relação entre Qualidade de vida e as suas dimensões, o grupo e o número de filhos.

O teste multivariado escolhido para testar as hipóteses relativas as variáveis grupo foi o teste maior raiz de Roy pelas razões já apresentadas. Para a variável número de filhos e para a interacção grupo*número de filhos, foi o Wilk's Lambda, por ter o valor mais elevado.

No que concerne à significância para o factor grupo, verificamos que teve um efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis (maior raiz de Roy= 1,595; $f = 17,543$; $p = 0,000$; $n^2p = 0,615$ e potencia= 100,0%).

Para a variável número de filhos, o efeito observado não é significativo sobre as variáveis (Wilk's Lambda = 0,800; $f = 1,302$; $p = 0,212$ $n^2p = 0,106$ e potencia= 75,8%).

Na interacção entre o grupo e o número de filhos, foi encontrado um efeito significativo (Wilk's Lambda = 0,717; $f = 1,990$; $p = 0,022$; $n^2p = 0,153$ e potencia= 93,7%) (cf tabela 68).

Tabela 68 – *Determinação do teste para os factores (grupo e número de filhos) e a sua interacção*

Variáveis	Tipo teste	Valor	F	P	Eta parcial (n^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Roy's L. R.	1,595	17,543	0,000	0,615	1,000
Número de filhos	Wilk's L.	0,800	1,302	0,212	0,106	0,758
Grupo*N.º filhos	Wilk's L.	0,717	1,990	0,022	0,153	0,937

Uma vez identificados os efeitos significativos dos factores sobre as variáveis em estudo, passamos a apresentar as análises de variância.

Relativamente á variável grupo, os resultados mostram que possui efeito significativo sobre a QDV e as suas dimensões, excepto para a actividade lúdica ($F = 0,014$; $p = 0,907$). As potências de teste variam de 85,8% para os recursos económicos, 99,6% para a relação familiar, 99,9% para o isolamento, e de 100,0%, todas elas consideradas boas (cf tabela 69).

No que diz respeito á variável número de filhos, como se pode observar pela análise das variâncias, não existem efeitos significativos nas variáveis em estudo.

Na interacção das duas variáveis (grupo*número de filhos) verifica-se significância para a dimensão actividade ocupacional ($F = 8,556$; $p = 0,000 < 0,05$), actividade lúdica ($F = 3,989$; $p = 0,022 < 0,05$) e QDV ($F = 4,155$; $p = 0,019 < 0,05$).

Perante os resultados obtidos, não podemos aceitar a hipótese que refere existir diferenças estatísticas entre a QDV e as dimensões, e a variável número de filhos, uma vez que esta apenas se verificou para a dimensão relação familiar.

Tabela 69 – *Efeitos da variável grupo e número de filhos sobre a Qualidade de Vida e as suas dimensões.*

Variáveis	Grupos	Grupo			Número de Filhos			Grupo*Número Filhos		
		F	P	(π)	F	P	(π)	F	P	(π)
Isolamento		25,822	0,000	0,999	1,087	0,342	0,235	0,610	0,546	0,149
Mobilidade		31,506	0,000	1,000	2,317	0,105	0,458	0,119	0,888	0,068
Actividade Diária		33,166	0,000	1,000	1,537	0,221	0,318	0,413	0,663	0,115
Actividade Ocupacional		37,129	0,000	1,000	1,221	0,300	0,260	8,556	0,000	0,962
Actividade Lúdica		0,014	0,907	0,052	0,833	0,439	0,188	3,989	0,022	0,700
Relação Familiar		22,170	0,000	0,996	2,659	0,076	0,515	0,097	0,908	0,064
Recursos Económicos		9,396	0,003	0,858	0,163	0,850	0,074	0,162	0,851	0,074
Qualidade de Vida		66,121	0,000	1,000	1,599	0,208	0,330	4,155	0,019	0,718

Uma vez que apenas se verificaram diferenças estatísticas para o grupo e essa análise já foi efectuada (cf. tabela 45), escusamo-nos de a repetir aqui.

Analisando os índices médios (cf. tabela 70) verificamos de um modo na global, os idosos que têm 3 filhos ($M= 37,9444$; $DP= 6,67279$) apresentam valores médios superiores, quando comparados com os outros idosos.

Tendo em conta os grupos verificamos que os idosos institucionalizados, que têm três filhos referem, em valores médios, melhor QDV ($M= 32,2500$, $DP= 5,44453$), mais isolamento, maior mobilidade, mais actividade diária, melhor relação familiar e recursos económicos, por outro lado, os idosos que têm dois ou menos filhos, referem ter mais actividade ocupacional e lúdica e recursos económicos.

Nos idosos não institucionalizados, são os idosos que têm quatro ou mais filhos que referem ter mais QDV ($M= 43,7778$, $DP= 4,11636$) e mais actividade lúdica, por sua vez, os idosos com três filhos referem mais isolamento, maior mobilidade, mais actividade diária e melhor relacionamento familiar. Finalmente no que se refere a actividade ocupacional e aos recursos económicos, são os idosos com 2 ou menos filhos que apresentam valores mais elevados.

Tabela 70: Índices médios da QDV e das suas dimensões tendo em conta o número de filhos e os grupos

		Número de Filhos						Total	
		≤ 2 filhos		3 filhos		≥ 4 filhos			
		Média	DP	Média	DP	Média	DP		
Isolamento	Instit.	4,81	1,601	5,25	0,707	4,67	1,645	4,83	1,480
	Não Instit.	6,00	1,018	6,60	0,843	6,56	0,882	6,23	0,983
	Total	5,57	1,371	6,00	1,029	5,30	1,683	5,57	1,421
Mobilidade	Instit.	5,00	2,000	5,38	1,685	4,28	2,024	4,76	1,961
	Não Instit.	6,86	0,525	7,00	0,000	6,33	1,000	6,79	0,623
	Total	6,18	1,544	6,28	1,364	4,96	1,990	5,83	1,740
Actividade Diária	Instit.	4,25	2,408	5,38	1,685	4,33	1,847	4,50	2,051
	Não Instit.	6,68	1,056	7,00	0,000	6,56	0,882	6,72	0,902
	Total	5,80	2,030	6,28	1,364	5,07	1,900	5,67	1,906
Actividade Ocupacional	Instit.	2,13	1,500	1,75	1,389	1,00	0,000	1,57	1,192
	Não Instit.	2,86	2,272	3,90	2,183	5,33	1,000	3,55	2,254
	Total	2,59	2,038	2,94	2,127	2,44	2,154	2,62	2,075
Actividade Lúdica	Instit.	5,94	1,843	4,63	1,996	4,94	2,461	5,26	2,176
	Não Instit.	3,96	3,316	5,20	2,860	6,56	0,882	4,72	3,041
	Total	4,68	3,002	4,94	2,461	5,48	2,190	4,98	2,667
Relação Familiar	Instit.	4,50	1,366	5,50	2,070	4,94	2,071	4,88	1,824
	Não Instit.	6,29	2,016	7,60	1,265	7,11	1,764	6,72	1,885
	Total	5,64	1,989	6,67	1,940	5,67	2,201	5,85	2,065
Recursos económicos	Instit.	4,38	1,025	4,38	1,061	4,00	0,000	4,21	0,782
	Não Instit.	5,39	1,912	5,20	2,098	5,33	1,581	5,34	1,857
	Total	5,02	1,705	4,83	1,724	4,44	1,086	4,81	1,551
QDV	Instit.	31,0000	6,71317	32,2500	5,44453	28,1667	4,80502	30,0238	5,82881
	Não Instit.	38,0357	6,88252	42,5000	3,02765	43,7778	4,11636	40,0851	6,24789
	Total	35,4773	7,56211	37,9444	6,67279	33,3704	8,74928	35,3371	7,85804

Relação entre Qualidade de vida e as suas dimensões, o grupo e quem vive.

Para testar as hipóteses relativas a variável grupo foi escolhido o teste maior raiz de Roy pelas razões anteriormente apresentadas. No concerne à variável quem vive e para a interacção grupo*quem vive, foi o Wilk's Lambda, por ter o valor mais elevado.

No que concerne à significância para o factor grupo, verificamos que teve um efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis (maior raiz de Roy= 1,806;

$f=13,961$; $p= 0.000$; $n^2p= 0,521$ e potencia= 100,0%). A potência de teste, segundo os valores de referência é considerada aceitável.

Para a variável quem vive, o efeito observado não é significativo sobre as variáveis (Wilk's Lambda = 0,874; $f= 1,860$; $p= 0.086$ $n^2p= 0,126$ e potencia= 71,3%). Também não é observado efeito significativo na interacção grupo*quem vive (Wilk's Lambda = 0,918; $f = 1,155$; $p= 0,363$; $n^2p= 0,082$ e potencia= 47,1%) (cf. tabela 71).

Tabela 71 – *Determinação do teste para os factores (grupo e quem vive) e a sua interacção*

Variáveis	Tipo teste	Valor	F	P	Eta parcial (n^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Roy L.R.	1,806	13,961	0,000	0,521	1,000
Quem vive	Wilk's L.	0,874	1,860	0,086	0,126	0,713
Grupo*Quem vive	Wilk's L.	0,918	1,155	0,363	0,082	0,471

Relativamente à análise de variância para a variável grupo, os resultados mostram que possui efeito significativo sobre a QDV e as suas dimensões, excepto para a actividade lúdica ($F= 1,377$; $p= 0,243$).

Como é visível na tabela 72, a potências de teste variam de 81,9% para os recursos económicos, 84,0% para o isolamento, 89,5% para a relação familiar, 98,1% para a actividade diária, 99,9% para a actividade ocupacional e de 100,0% para a mobilidade e a QDV.

Quanto á variável quem vive verifica-se que não existe efeitos significativos nas variáveis em estudo. Já na interacção das duas variáveis (grupo*quem vive) verifica-se significância apenas para a dimensão actividade lúdica ($F= 5,970$; $p= 0,016 < 0,05$).

Perante os resultados obtidos, não podemos aceitar a hipótese que refere existir diferenças estatísticas entre a QDV e as dimensões, e a variável “quem vive”.

Tabela 72 – *Efeitos da variável grupo e número de filhos sobre a Qualidade de Vida e as suas dimensões.*

Variáveis	Grupo			Quem Vive			Grupo*Quem Vive		
	F	P	(π)	F	P	(π)	F	P	(π)
Isolamento	0,647	0,004	0,840	1,326	0,252	0,207	2,038	0,157	0,293
Mobilidade	7,124	0,000	1,000	0,111	0,740	0,062	0,254	0,615	0,079
Actividade Diária	0,603	0,000	0,981	2,812	0,097	0,382	0,032	0,859	0,054
Actividade Ocupacional	17,459	0,000	0,999	0,237	0,627	0,077	1,069	0,304	0,176
Actividade Lúdica	0,545	0,243	0,213	1,460	0,230	0,223	5,970	0,016	0,677
Relação Familiar	0,070	0,002	0,895	1,550	0,216	0,234	0,024	0,877	0,053
Recursos Económicos	6,040	0,005	0,819	2,632	0,108	0,362	0,151	0,699	0,067
Qualidade de Vida	6,386	0,000	1,000	0,552	0,459	0,114	2,678	0,105	0,367

Tendo em conta que apenas se verificou diferenças estatísticas para os grupos e essa análise já foi efectuada (cf. tabela 45), escusamo-nos de a repetir aqui.

Analisando os índices médios (cf. tabela 73), verificamos de um modo na global, os idosos que vivem acompanhados ($M= 37,6757$; $DP= 6,84777$) apresentam valores médios superiores, quando comparados com os idosos que vivem sozinhos ($M= 33,4762$; $DP= 7,96536$).

Tendo em conta os grupos verificamos que os idosos institucionalizados, que vivem acompanhados apresentam valores médios mais elevados para a QDV ($M= 33,2222$, $DP= 5,60753$), isolamento, actividade diária, actividade ocupacional, actividade lúdica, relação familiar e os recursos económicos. Por outro lado, os idosos que residem sozinhos referem mais isolamento.

No grupo dos não institucionalizados, os idosos que vivem sozinhos referem em termos médios, melhor QDV ($M= 40,4091$, $DP= 4,41080$), mais isolamento, mais actividade ocupacional e actividade lúdica. Por outro lado, os idosos que vivem acompanhados referem maior mobilidade, mais actividade diária, melhor relação familiar e recursos económicos.

Tabela 73: Índices médios da QDV e das suas dimensões tendo em conta quem vive e os grupos

		Quem vive				Total	
		Sozinho		Acompanhado			
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
Isolamento	Instit.	4,88	1,536	5,67	1,000	5,02	1,478
	Não Instit.	6,23	1,307	6,14	1,008	6,18	1,137
	Total	5,35	1,588	6,03	1,013	5,60	1,435
Mobilidade	Instit.	4,95	1,910	4,67	2,179	4,90	1,940
	Não Instit.	6,73	,703	6,79	,630	6,76	,657
	Total	5,57	1,802	6,27	1,484	5,83	1,718
Actividade Diária	Instit.	4,61	2,072	5,33	1,581	4,74	1,998
	Não Instit.	6,27	1,830	6,86	,525	6,60	1,294
	Total	5,19	2,132	6,49	1,096	5,67	1,918
Actividade Ocupacional	Instit.	1,44	1,074	1,67	1,323	1,48	1,111
	Não Instit.	3,95	2,214	3,32	2,310	3,60	2,268
	Total	2,32	1,966	2,92	2,216	2,54	2,072
Actividade Lúdica	Instit.	5,17	2,167	5,89	1,054	5,30	2,023
	Não Instit.	5,91	2,091	3,79	3,392	4,72	3,058
	Total	5,43	2,153	4,30	3,117	5,01	2,596
Relação Familiar	Instit.	4,71	1,707	5,33	2,000	4,82	1,758
	Não Instit.	6,23	2,266	6,71	1,902	6,50	2,063
	Total	5,24	2,038	6,38	1,991	5,66	2,085
Recursos económicos	Instit.	4,00	,671	4,67	1,323	4,12	,849
	Não Instit.	5,09	1,974	5,50	1,732	5,32	1,834
	Total	4,38	1,373	5,30	1,664	4,72	1,544
QDV	Instit.	29,7561	5,37485	33,2222	5,60753	30,3800	5,52505
	Não Instit.	40,4091	7,41080	39,1071	6,66855	39,6800	6,96182
	Total	33,4762	7,96536	37,6757	6,84777	35,0300	7,80631

Relação entre Qualidade de vida e as suas dimensões, o grupo e preocupação de família.

O teste maior raiz de Roy foi o teste multivariado escolhido para testar as hipóteses relativas a variável grupo por ser um teste menos conservador, dada a reduzida dimensão da amostra e por ter o valor mais elevado. No concerne à variável preocupação de família e a

interacção da variável grupo com a preocupação da família, foi escolhido o teste Wilk's Lambda, por ter o valor mais elevado.

No que concerne à significância para o factor grupo, verificamos que teve um efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis (maior raiz de Roy= 1,556; $f=19,999$; $p=0,000$; $n^2p=0,609$ e potencia= 100,0%). A potência de teste, segundo os valores de referência é considerada aceitável.

Para a variável preocupação da família, o efeito observado é significativo sobre as variáveis (Wilk's Lambda = 0,843; $f=2,395$; $p=0,027$ $n^2p=0,157$ e potencia= 83,6%).

O efeito significativo também é observado na interacção grupo*preocupação da família (Wilk's Lambda = 0,850; $f=2,261$; $p=0,036$; $n^2p=0,150$ e potencia= 81,0%) (cf tabela 74).

Tabela 74 – *Determinação do teste para os factores (grupo e preocupação da família) e a sua interacção.*

Variáveis	Tipo teste	Valor	F	P	Eta parcial (n^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Roy's L.R.	1,556	19,999	0,000	0,609	1,000
Preocupação família	Wilk's L.	0,843	2,395	0,027	0,157	0,836
Grupo*Preoc. família	Wilk's L.	0,850	2,261	0,036	0,150	0,810

Relativamente á variável grupo, verificamos efeito significativo sobre a Qualidade de vida e as suas dimensões, excepto para a actividade lúdica ($F=3,459$; $p=0,066$), com uma potência de teste fraca de 45,3%. As potências de teste variam de 95,1% para a relação familiar, 97,1% para os recursos económicos, 98,1% para o isolamento e de 100,0% para as restantes variáveis (cf tabela 75).

Quanto á variável preocupação de família, verificaram-se efeitos significativos na actividade lúdica ($F=5,542$; $p=0,021$) com uma potência de 64,5%, e para a relação familiar ($F=4,685$; $p=0,033$) com uma potência de 57,3%.

Na interacção das duas variáveis (grupo*quem vive) as significâncias verificam-se para a dimensão mobilidade ($F=4,763$; $p=0,032<0,05$; potencia= 57,9%), actividade diária ($F=5,908$; $p=0,017<0,05$; potencia= 67,2%), actividade lúdica ($F=4,588$; $p=0,035<0,05$; potencia= 56,4%) e para a QDV ($F=7,286$; $p=0,008<0,05$) com uma potência de 76,2%.

Tabela 75 – *Efeitos da variável grupo e preocupação da família sobre a Qualidade de Vida e as suas dimensões.*

Variáveis	Grupos			Preocupação de família			Grupo*Preoc. Família		
	F	P	(π)	F	P	(π)	F	P	(π)
Isolamento	16,623	0,000	0,981	0,084	0,773	0,059	1,042	0,310	0,173
Mobilidade	44,723	0,000	1,000	2,561	0,113	0,354	4,763	0,032	0,579
Actividade Diária	35,044	0,000	1,000	3,426	0,067	0,449	5,908	0,017	0,672
Actividade Ocupacional	36,286	0,000	1,000	1,361	0,246	0,211	0,209	0,649	0,074
Actividade Lúdica	3,459	0,066	0,453	5,542	0,021	0,645	4,588	0,035	0,564
Relação Familiar	13,310	0,000	0,951	4,685	0,033	0,573	3,437	0,067	0,451
Recursos Económicos	15,164	0,000	0,971	0,099	0,754	0,061	0,012	0,911	0,051
Qualidade de Vida	49,404	0,000	1,000	0,308	0,580	0,085	7,286	0,008	0,762

Foram encontradas para a variável preocupação da família, significâncias estatísticas, tal como podemos verificar na tabela 76. Assumindo a igualdade de variâncias para a actividade lúdica e a não homogeneidade da relação familiar, conforme a probabilidade do teste de *Levene*, verificamos que a relação familiar ($t = -3,081$; $p = 0,003$; $<0,05$) apresenta diferenças significativas.

Perante os resultados obtidos, não podemos aceitar a hipótese que refere existir diferenças estatísticas entre a QDV e as dimensões, e a variável preocupação da familiar, uma vez que esta apenas se verificou para a dimensão relação familiar. Deste modo, podemos concluir que os idosos que percebem a preocupação da sua família como muito pouca são os que têm um melhor relacionamento familiar.

Tabela 76: *Teste-t para diferenças de médias entre a Qualidade de Vida e as suas dimensões e a preocupação da família.*

Variáveis	Preocupação da família				<i>Teste de Levene</i>		<i>Teste-t</i> igualdade de variâncias	
	Muito / Pouco		Muito pouco					
	M	DP	M	DP	F	P	T	P
Actividade Lúdica	4,52	2,642	5,46	2,493	0,309	0,580	- 1,832	0,070
Relação Familiar	5,02	1,885	6,25	2,104	7,220	0,008	- 3,081	0,003

No que diz respeito à variável grupo, já foram apresentados as significâncias anteriormente, razão pela qual não serão apresentadas aqui.

Analisando os índices médios de QDV e das dimensões, na interacção do grupo com a variável preocupação da família (cf. tabela 77), verificamos de um modo global, que os idosos que percebem que as suas famílias se preocupam muito pouco ($M = 36,5577$; $DP = 8,47930$) apresentam valores médios superiores, quando comparados com os idosos que acham que as suas famílias se preocupam muito a pouco com eles.

Tendo em conta os grupos verificamos que os idosos institucionalizados que pensam que a família se preocupa muito/pouco com eles apresentam valores médios mais elevados de QDV ($M = 31,4194$, $DP = 5,33401$), isolamento, mobilidade, actividade diária e actividade.

Para os idosos não institucionalizados, os que percebem que a família se preocupa muito pouco com eles apresentam valores médios mais elevados de QDV ($M = 41,0909$, $DP = 6,26680$), isolamento, mobilidade, actividade diária, actividade lúdica, relação familiar e recursos económicos, enquanto os idosos que acham que a família se preocupa muito/pouco com eles apenas referenciam mais actividade ocupacional.

Tabela 77: Índices médios da QDV e das suas dimensões tendo em conta a preocupação de família e os grupos

		Preocupação de família				Total	
		Muito / Pouco		Muito pouco			
		Média	DP	Média	DP	Média	DP
Isolamento	Instit.	5,10	1,300	4,89	1,761	5,02	1,478
	Não Instit.	5,94	1,029	6,30	1,185	6,18	1,137
	Total	5,40	1,267	5,79	1,564	5,60	1,435
Mobilidade	Instit.	5,32	1,600	4,21	2,275	4,90	1,940
	Não Instit.	6,65	0,786	6,82	0,584	6,76	0,657
	Total	5,79	1,501	5,87	1,910	5,83	1,718
Actividade Diária	Instit.	5,29	1,736	3,84	2,115	4,74	1,998
	Não Instit.	6,47	1,328	6,67	1,291	6,60	1,294
	Total	5,71	1,688	5,63	2,124	5,67	1,918
Actividade Ocupacional	Instit.	1,58	1,205	1,32	0,946	1,48	1,111
	Não Instit.	4,00	2,372	3,39	2,221	3,60	2,268
	Total	2,44	2,052	2,63	2,105	2,54	2,072
Actividade Lúdica	Instit.	5,26	1,673	5,37	2,543	5,30	2,023
	Não Instit.	3,18	3,504	5,52	2,502	4,72	3,058
	Total	4,52	2,642	5,46	2,493	5,01	2,596
Relação Familiar	Instit.	4,77	1,606	4,89	2,025	4,82	1,758
	Não Instit.	5,47	2,294	7,03	1,741	6,50	2,063
	Total	5,02	1,885	6,25	2,104	5,66	2,085
Recursos económicos	Instit.	4,10	0,944	4,16	0,688	4,12	0,849
	Não Instit.	5,24	1,522	5,36	1,997	5,32	1,834
	Total	4,50	1,288	4,92	1,736	4,72	1,544
QDV	Instit.	31,4194	5,33401	28,6842	5,54830	30,3800	5,52505
	Não Instit.	36,9412	7,60321	41,0909	6,26680	39,6800	6,96182
	Total	33,3750	6,70543	36,5577	8,47930	35,0300	7,80631

Relação entre Qualidade de vida e as suas dimensões, o grupo e frequência de visitas da família.

Para testar as hipóteses para a variável grupo foi escolhido o teste multivariado foi escolhido o teste maior raiz de Roy, e o teste Wilk's Lambda para a variável frequência de visitas, e para a interacção grupo*preocupação de família (cf. tabela 78).

Para à significância do factor grupo, verificamos um efeito significativo para um erro tipo 1 a 5% sobre as variáveis (maior raiz de Roy= 1,157; $f= 14,211$; $p= 0.000$; $n^2p= 0,536$ e potencia= 100,0%).

Para a variável frequência de visitas, o efeito observado não é significativo sobre as variáveis (Wilk's Lambda = 0,819; $f= 1,286$; $p= 0.220$ $n^2p= 0,095$ e potencia= 75,6%). O mesmo se verifica na interacção grupo*frequência de visitas (Wilk's Lambda = 0,805; $f= 1,407$; $p= 0,154$; $n^2p= 0,103$ e potencia= 80,2%).

Tabela 78 – *Determinação do teste para os factores (grupo e frequência de visitas) e a sua interacção.*

Variáveis	Tipo teste	Valor	F	P	Eta parcial (n^2p)	Potencia teste (π)
Grupo	Wilk's L.	1,157	14,211	0,000	0,536	1,000
Frequência de visitas	Wilk's L.	0,819	1,286	0,220	0,095	0,756
Grupo*freq. visitas	Wilk's L.	0,805	1,407	0,154	0,103	0,802

Na análise de variância, para a variável grupo, os resultados mostram que possui efeito altamente significativo ($p=0,000$) sobre a QDV e todas as dimensões, excepto para a actividade lúdica ($p= 0,645$), com uma potência de teste classificada 7,4%. As potências de teste, das variáveis significativas, variam entre 95,1% para os recursos económicos e 100,0% para a QDV (cf. tabela 79).

Quanto á variável frequência de visitas, verifica-se a existência de significância para a QDV ($F= 3,580$; $p= 0,032$; $<0,05$), com uma potência de teste 65,1%.

Na interacção das duas variáveis (grupo*frequência de visitas) verifica-se significância para a dimensão isolamento ($F= 3,464$; $p= 0,035$; $< 0,05$), mobilidade ($F= 3,564$; $p= 0,032$; $< 0,05$), actividade diária ($F= 3,179$; $p= 0,046$; $<0,05$)e QDV ($F= 4,649$; $p= 0,030$; $< 0,05$).

Tabela 79 – *Efeitos da variável grupo e frequência de visitas sobre a Qualidade de Vida e suas dimensões.*

Variáveis	Grupo			Frequências de visitas			Grupo*Frequênc. Visitas		
	F	P	(π)	F	P	(π)	F	P	(π)
Isolamento	0,647	0,000	0,973	1,111	0,334	0,240	3,464	0,035	0,635
Mobilidade	7,124	0,000	0,998	1,877	0,159	0,381	3,564	0,032	0,649
Actividade Diária	0,603	0,000	0,991	1,210	0,303	0,258	3,179	0,046	0,596
Actividade Ocupacional	17,459	0,000	0,999	1,651	0,198	0,340	1,691	0,190	0,348
Actividade Lúdica	0,545	0,645	0,074	1,846	0,164	0,376	0,957	0,388	0,212
Relação Familiar	0,070	0,000	0,988	1,989	0,143	0,402	1,574	0,213	0,326
Recursos Económicos	6,040	0,000	0,951	0,677	0,511	0,161	0,590	0,556	0,145
Qualidade de Vida	6,386	0,000	1,000	3,580	0,032	0,651	4,649	0,030	0,660

No que diz respeito à frequência de visitas foram encontradas significâncias estatísticas (cf. tabela 80). Assumindo a igualdade de variâncias para a QDV ($t= 3,865$; $p= 0,024 > 0,05$) conforme a probabilidade do teste de *Levene*, verificamos que esta apresenta diferenças estatisticamente significativas com a frequência de visitas.

Perante os resultados obtidos, não podemos aceitar a hipótese que refere existir diferenças estatísticas entre a QDV e as dimensões, e a variável frequência de visitas, uma vez que esta apenas se verificou para a dimensão relação familiar, uma vez que apenas se verificou significância para a variável para a Qualidade de Vida. Assim sendo, podemos concluir que os idosos que têm uma visita familiar diária têm melhor Qualidade de Vida.

Tabela 80: *ANOVA para diferenças de médias entre a Qualidade de Vida e as suas dimensões e a frequência de visitas da família.*

Variáveis	Frequência de visitas						Teste de Levene	ANOVA igualdade de variâncias	
	Anual/Mensal		Semanal		diária				
	M	DP	M	DP	M	DP		P	F
QdV	33,6667	8,47845	33,6939	7,47831	38,6000	7,04746	0,363	3,865	0,024

Tendo em conta os índices médios da QDV e das suas dimensões na interacção do grupo com a variável frequência de visitas verificamos que os idosos institucionalizados que têm visitas diárias ($M=35,5714$; $DP= 5,71131$) apresentam valores médios mais elevados,

A Esperança e a Qualidade de Vida na terceira idade

proporcionais a uma melhor QDV, e para todas as dimensões, quando comparados com os idosos que têm visitas anuais/mensais e semanais (cf. tabela 81).

Para os idosos não institucionalizados, os que têm visitas diárias são os que apresentam valores médios mais elevados, proporcionais a uma melhor QVD (M= 44,0000, DP= 3,21455), assim como para todas as dimensões excepto para a relação familiar.

Tabela 81: Índices médios da QDV e das suas dimensões tendo em conta a preocupação de família e os grupos.

		Frequência de visitas						Total	
		Anual / Mensal		Semanal		Diário			
		Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Isolamento	Instit.	4,76	1,786	4,88	1,269	5,86	1,069	4,98	1,465
	Não Instit.	7,00	0,000	6,08	1,018	5,94	1,392	6,16	1,143
	Total	5,42	1,816	5,47	1,293	5,92	1,288	5,57	1,436
Mobilidade	Instit.	4,94	2,135	4,44	1,873	6,14	1,069	4,86	1,936
	Não Instit.	7,00	0,000	6,83	0,565	6,56	0,856	6,76	0,662
	Total	5,54	2,021	5,61	1,835	6,44	0,917	5,81	1,727
Actividade Diária	Instit.	4,24	2,078	4,60	2,000	6,14	1,069	4,69	1,992
	Não Instit.	7,00	0,000	6,62	1,135	6,39	1,720	6,59	1,306
	Total	5,04	2,156	5,59	1,914	6,32	1,547	5,64	1,928
Actividade Ocupacional	Instit.	1,71	1,312	1,12	0,600	2,29	1,604	1,49	1,120
	Não Instit.	4,57	2,440	3,50	2,284	3,22	2,184	3,55	2,264
	Total	2,54	2,126	2,29	2,031	2,96	2,051	2,52	2,057
Actividade Lúdica	Instit.	5,47	2,267	5,04	2,111	5,57	0,976	5,27	2,029
	Não Instit.	6,43	0,976	4,21	3,375	4,61	3,051	4,67	3,071
	Total	5,75	2,005	4,63	2,804	4,88	2,651	4,97	2,606
Relação Familiar	Instit.	4,29	1,572	5,12	1,833	5,14	1,952	4,84	1,772
	Não Instit.	6,29	2,138	6,00	2,043	7,56	1,294	6,61	1,924
	Total	4,88	1,941	5,55	1,969	6,88	1,833	5,72	2,045
Recursos económicos	Instit.	4,00	1,061	4,12	0,600	4,43	1,134	4,12	0,857
	Não Instit.	5,71	1,604	5,00	1,911	5,50	1,855	5,29	1,837
	Total	4,50	1,445	4,55	1,459	5,20	1,732	4,70	1,541
QDV	Instit.	29,4118	5,78855	29,3200	4,50666	35,5714	5,71131	30,2449	5,49822
	Não Instit.	44,0000	3,21455	38,2500	7,28459	39,7778	7,30476	39,6327	7,02583
	Total	33,6667	8,47845	33,6939	7,47831	38,6000	7,04746	34,9388	7,85148

Perante os resultados obtidos não podemos aceitar a hipótese 6, que afirma que existem diferenças estatisticamente significativas entre os índices de Qualidade de Vida e das suas

dimensões, e os dados sociodemográficas dos idosos que compõe a amostra, uma vez que apenas foram encontrados diferenças significativas para as variáveis estado civil, habilitações literárias, estado de saúde, ter filhos, número de filhos, quem vive, preocupação da família e frequência de visitas da família.

Hipótese 7: A Qualidade de Vida e as suas dimensões, a idade e o grupo são variáveis preditoras da Esperança e das suas dimensões.

No que se refere à Esperança (cf tabela 82), verificamos que as correlações entre Esperança, a Qualidade de Vida e as dimensões, o grupo e a idade são ínfimas, oscilando entre ($r = -0.111$) na actividade diária e ($r = 0.334$) na actividade lúdica. Verificamos ainda que a Esperança estabelece relações significativas com todas as variáveis, pelo que podemos afirmar que quanto menores os índices nas variáveis actividade lúdica, actividade ocupacional e a qualidade de vida, menores os níveis de Esperança.

Tabela 82 – Correlação de *Pearson* entre Esperança, a QDV e as suas dimensões, grupo e idade.

Variáveis	R	P
Isolamento	-0,046	0,650
Mobilidade	0,141	0,163
Actividade Diária	0,003	0,979
Actividade Ocupacional	0,291	0,003
Actividade Lúdica	0,334	0,001
Relação Familiar	-0,194	0,184
Recursos Económicos	0,082	0,419
QDV	0,209	0,037
Grupo	-0,111	0,270
Idade	0,200	0,046

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é à actividade lúdica pois, como se pode verificar pelas correlações inseridas na tabela anterior, é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo

11,20% da variação do ambiente de estudo e o erro padrão de regressão é de 8,88106, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da Esperança.

No segundo modelo de regressão, para além da actividade lúdica, entrou a actividade ocupacional, e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 17,20% da variabilidade total da Esperança tendo o erro estimado diminuído para 8,61678.

Em terceiro lugar, entrou no modelo de regressão a variável grupo, usada aqui como uma variável muda, que em conjunto as variáveis Actividade lúdica e actividade ocupacional, explicam 23,30% da variabilidade da Esperança, tendo o erro estimado diminuído para 8,33969.

Os resultados do quarto e último modelo são sumariamente apresentados no quadro 1 que comprova que são quatro, as variáveis, que entraram neste modelo de regressão constituindo-se assim como preditoras da Esperança. A correlação que estas variáveis estabelecem com o ambiente de estudo é média ($r=0.522$) explicando no seu conjunto 27,30% da variação da Esperança. O erro padrão da estimativa diminuiu para 8,16345 neste último modelo de regressão. Utilizou-se o VIF para diagnosticar a multicolinearidade que oscilou entre ($VIF = 1.072$) e ($VIF= 1.722$) na actividade lúdica e no grupo respectivamente, concluindo-se que as variáveis presentes no modelo não são colineares.

Os testes F são todos estatisticamente significativos. Os valores de t, dado apresentarem significância estatística, permitem afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo na Esperança pois os coeficientes de cada uma são diferentes de zero.

A correlação que estas quatro variáveis estabelecem com a qualidade de vida é positiva e razoável ($r=0,522$) e os coeficientes padronizados beta sugerem-nos que a actividade ocupacional é a que apresenta maior peso preditivo, sendo o de menor o índice os recursos económicos. Todas as variáveis, à excepção da variável grupo, que entraram no modelo estabelecem uma relação positiva com o índice de Esperança.

Quadro 1 – Regressão múltipla entre Esperança, e a QDV e as suas dimensões, grupo e idade.

Variáveis Dependente = Esperança					
R = 0,522					
$R^2 = 0,273$					
R^2 Ajustado = 0,242					
Erro Padrão da Estimativa = 8,16345					
Incremento $R^2 = 0,040$					
F = 5,190					
P = 0,025					
Pesos da Regressão					
Variáveis Independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	t	P	Colinariade VIF
Constante	39,075		12,127	0,000	
Actividade Lúdica	0,856	0,237	2,615	0,010	1,072
Actividade Ocupacional	2,034	0,449	4,219	0,000	1,482
Grupo	-7,498	-0,402	-3,499	0,001	1,722
Recursos Económicos	1,335	0,220	2,278	0,025	1,217
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	G.L	Média Quadrados	F	P
Regressão	2372,381	4	593,095	8,900	0,000
Residual	6330,979	95	66,642		
Total	8703,360	99			

No que concerne à dimensão Iniciativa (cf tabela 83) notamos que as correlações entre dimensão Iniciativa, a Qualidade de Vida e as dimensões, o grupo e a idade são ínfimas, oscilando entre ($r = -0.069$) na relação familiar e no grupo e ($r = -0.356$) na actividade lúdica. Verificamos ainda que a Esperança estabelece relações significativas com as variáveis actividade lúdica, actividade ocupacional e a QDV.

Tabela 83 – Correlação de *Pearson* entre dimensão Iniciativa, a QDV e as suas dimensões, grupo e idade.

Variáveis	R	P
Isolamento	-0,109	0,278
Mobilidade	0,194	0,053
Actividade Diária	0,080	0,430
Actividade Ocupacional	0,314	0,001
Actividade Lúdica	0,356	0,000
Relação Familiar	-0,069	0,497
Recursos Económicos	0,063	0,213
QDV	0,278	0,005
Grupo	-0,069	0,497
Idade	0,087	0,389

Como podemos observar na tabela 83, a primeira variável a entrar no modelo de regressão é à actividade lúdica pois, como se pode verificar pelas correlações insertas na tabela anterior, é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 12,70% da variação da dimensão Iniciativa e o erro padrão de regressão é de 4,94987, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da dimensão Iniciativa.

No segundo modelo de regressão, para além da actividade lúdica, entrou a actividade ocupacional, e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar 19,80% da variabilidade total da dimensão iniciativa tendo o erro estimado diminuído para 4,76749.

Em terceiro lugar, entrou no modelo de regressão a variável grupo, usada aqui como uma variável muda, que em conjunto as variáveis Actividade lúdica e actividade ocupacional, explicam 21,60% da variabilidade da Esperança, tendo o erro estimado diminuído para 4,66477.

Os resultados do quarto e último modelo são sumariamente apresentados no quadro 2 que comprova que são quatro as variáveis (actividade lúdica, actividade ocupacional, grupo e mobilidade) que entraram neste modelo de regressão constituindo-se assim como predictoras da dimensão iniciativa. A correlação que estas variáveis estabelecem com o ambiente de estudo é média ($r=0,525$) explicando no seu conjunto 27,50% da variação da dimensão Iniciativa. O erro padrão da estimativa diminuiu para 4,57982 neste último modelo de regressão. Utilizou-se o VIF para diagnosticar a multicolaridade que oscilou entre (VIF =

1.085) e (VIF= 1.784) na actividade lúdica e no grupo respectivamente, concluindo-se que as variáveis presentes no modelo não são colineares.

Os testes F são todos estatisticamente significativos. Os valores de t, dado apresentarem significância estatística, permitem afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo na Esperança pois os coeficientes de cada uma são diferentes de zero.

A correlação que estas quatro variáveis estabelecem com a qualidade de sono é positiva e razoável ($r=0.525$) e os coeficientes padronizados beta sugerem-nos que a actividade ocupacional é a que apresenta maior peso preditivo, sendo o de menor o índice a mobilidade. Todas as variáveis, à excepção da variável grupo, que entraram no modelo estabelecem uma relação positiva com o índice de Iniciativa. Isto significa que quanto maior os índices onde a relação é negativa e menor onde é positiva, menor será a sensação de determinação triunfante sobre a consecução de objectivos pessoais (Iniciativa).

Quadro2 – Regressão múltipla entre a dimensão Iniciativa, e a QDV e as suas dimensões, grupo e idade.

Variáveis Dependente = Iniciativa					
R = 0,525 R ² = 0,275 R ² Ajustado = 0,245 Erro Padrão da Estimativa = 4,57982 Incremento R ² = 0,35 F = 4,594 P = 0,035					
Pesos da Regressão					
Variáveis Independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado	T	p	Colinariade VIF
Constante	18,150		9,855	0,000	
Actividade Lúdica	0,506	0,249	2,739	0,007	1,085
Actividade Ocupacional	0,953	0,375	3,551	0,001	1,459
Grupo	- 3,744	- 0,357	- 3,060	0,003	1,784
Mobilidade	0,697	0,227	2,143	0,035	1,474
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	G.L	Média Quadrados	F	P
Regressão	756,398	4	189,099	9,016	0,000
Residual	1992,602	95	20,975		
Total	2749,000	99			

No que concerne à dimensão Caminhos (cf tabela 84), notamos que as correlações entre dimensão Caminhos, a Qualidade de Vida e as suas dimensões, o grupo e a idade são ínfimas, oscilando entre ($r = -0.180$) na relação familiar e no grupo e ($r = 0.284$) na idade. Verificamos ainda que a Esperança estabelece relações significativas com as variáveis actividade lúdica, actividade ocupacional e a Idade.

Tabela 84 – Correlação de *Pearson* entre dimensão Iniciativa, a QDV e as suas dimensões, grupo e idade.

Variáveis	R	P
Isolamento	-0,029	0,771
Mobilidade	0,059	0,557
Actividade Diária	-0,080	0,430
Actividade Ocupacional	0,215	0,032
Actividade Lúdica	0,254	0,011
Relação Familiar	-0,180	0,073
Recursos Económicos	0,088	0,384
QDV	0,099	0,328
Grupo	-0,138	0,172
Idade	0,284	0,004

A primeira variável a entrar no modelo de regressão, é a idade pois, como se pode verificar pelas correlações insertas na tabela anterior, é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 8,10% da variação da dimensão Caminhos e o erro padrão de regressão é de 4,78896, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da dimensão Caminhos.

Os resultados do segundo e último modelo são sumariamente apresentados no quadro 3 que comprova que são duas as variáveis (idade e a actividade lúdica) que entraram neste modelo de regressão constituindo-se assim como preditoras da dimensão caminhos. A correlação que estas variáveis estabelecem com o ambiente de estudo é fraca ($r = 0.388$) explicando no seu conjunto 13,30% da variação da dimensão Caminhos. O erro padrão da estimativa diminuiu para 4,62702 neste último modelo de regressão. Utilizou-se o VIF para diagnosticar a multicolinearidade que apresentou o valor de $VIF = 1,001$ as duas variáveis presentes no modelo não são colineares.

Os testes F são todos estatisticamente significativos. Os valores de t, dado apresentarem significância estatística, permitem afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo na dimensão Caminhos, pois os coeficientes de cada uma são diferentes de zero.

A correlação que estas duas variáveis estabelecem com a dimensão caminhos é positiva e fraca ($r=0.388$) e os coeficientes padronizados beta sugerem-nos que a actividade lúdica é a que apresenta maior peso preditivo sendo o de menor o índice idade. Ambas as variáveis que entraram no modelo estabelecem uma relação positiva com a dimensão caminhos o que significa que quanto menor a idade e mais actividade lúdica, melhor é a capacidade percebida para gerar percursos mentais para alcançar os objectivos desejados (Pensamento de caminhos).

Quadro 3 – Regressão múltipla entre a dimensão Caminhos, a QDV e as suas dimensões, grupo e idade.

Variáveis Dependente = Caminhos					
R = 0,388					
$R^2 = 0,151$					
R^2 Ajustado = 0,133					
Erro Padrão da Estimativa = 4,62702					
Incremento $R^2 = 0,70$					
F = 7,979					
P = 0,006					
Pesos da Regressão					
Variáveis Independentes	Coefficiente B	Coefficiente Padronizado	T	p	Colinariade VIF
Constante	7,566		1,475	0,143	1,000
Idade	0,193	0,294	3,138	0,002	1,001
Actividade Lúdica	0,506	0,264	2,825	0,006	1,001
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	G.L	Média Quadrados	F	P
Regressão	368,453	2	184,226	8,605	0,000
Residual	2076,707	97	21,409		
Total	2445,160	99			

Na figura 3, podemos visualizar uma síntese dos modelos de regressão da Esperança e das suas dimensões.

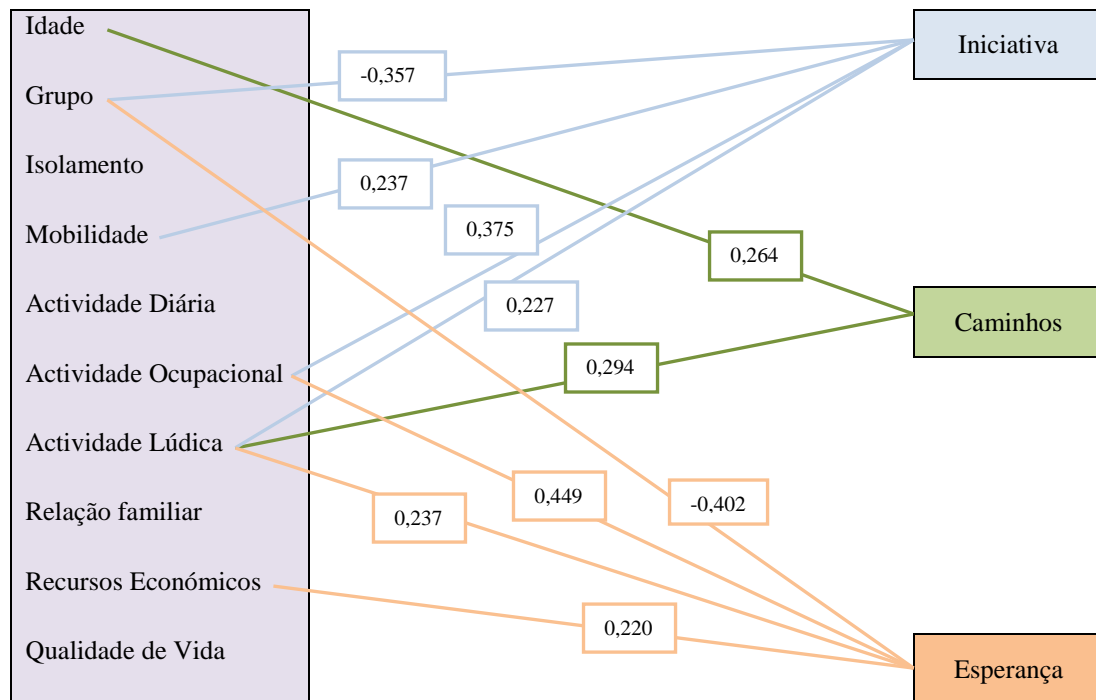


Figura 3: Síntese da relação entre a Esperança e das suas dimensões, a Qualidade de vida e as suas dimensões, o grupo e a idade.

Perante os resultados podemos aceitar parcialmente a hipótese 7 afirmando que a Qualidade de Vida, a idade e o grupo não são variáveis preditoras da Esperança, uma vez que só existem valores significativos para os recursos económicos, para as actividades lúdicas e ocupacionais para o grupo, para a mobilidade e para a idade.

Discussão dos resultados

Anteriormente foram apresentados e analisados os resultados do nosso estudo, seguidamente serão discutidos e interpretados, não só tendo em conta o significado de que se revestem neste contexto específico, mas também tendo em conta as outras fontes estudadas.

A amostra deste estudo é constituída como referimos anteriormente, por 100 idosos residindo, 50 em instituições para idosos e os restantes 50 nos seus domicílios.

Os dados sociodemográficos usados na caracterização da amostra, demonstram uma desigualdade no que se refere ao sexo, uma vez que 69% dos idosos são do sexo feminino e apenas 31% do sexo masculino.

Em Portugal, são variadíssimos os estudos sobre idosos em que se verifica predomínio do sexo feminino, estando este facto relacionado com os efeitos de sobremortalidade masculina, os efeitos dos fluxos migratórios e ainda a esperança de vida, que como sabemos é mais elevada no caso das mulheres (INE, 2006; Gonçalves et al 2011).

Dentro da população idosa (administrativamente igual ou superior a 65 anos) verifica-se um aumento da população mais idosa, o que por sua vez tem acentuado esta diferença entre sexos. Este facto apresenta reflexos a nível nacional, sendo mais marcante, sobretudo nas regiões do Alentejo e Centro do País (Martins, 2004).

A distribuição dos idosos, tendo por base os grupos etários e o seu contexto residencial, mostra que aqueles que residem no seu próprio domicílio se encontram predominantemente nas faixas etárias mais baixas (igual ou inferior a 74 anos), enquanto os institucionalizados apresentam médias de idades mais elevadas. Estes dados corroboram os de Martins (2004) quando afirma que, à medida que aumenta a idade a população idosa a viver em “famílias institucionais” cresce significativamente.

Considerando a distribuição dos idosos por estado civil, verificamos que a maioria da nossa amostra é constituída por viúvos, (64%). No entanto, a análise por grupos difere uma vez que os idosos a residir no domicílio são maioritariamente casados, enquanto os institucionalizados são essencialmente viúvos, solteiros e separados.

Estes dados reiteram a ideia de que a institucionalização surge na maioria dos casos para idosos mais velhos, sem suporte família, em estado de dependência e isolados por inexistência de uma rede de suporte social (Mestre, 2007).

A análise da variável habilitações literárias revela que a maioria dos idosos as possui, contrariamente ao que se conhece da realidade portuguesa visto “que a maioria da população idosa não possui qualquer nível de instrução completo” (INE, 2005, Gonçalves et al 2011).

A maioria dos idosos da amostra (89%), e dos grupos, tem filhos, sendo maioritariamente em número de dois ou mais, o que está de acordo com os dados estatísticos nacionais em virtude do índice de fecundidade nas décadas anteriores aos anos 60 ser superior a 2,1 crianças por mulher (INE, 2005).

Os resultados do nosso estudo revelam que a maioria dos idosos vive só, seguindo-se aqueles que residem acompanhados, essencialmente pelos conjugues e/ou filhos. Estes dados estão igualmente em consonância com os do INE, ao demonstrarem que 62,8% dos idosos em Portugal reside com o cônjuge, e apenas 37,1% vive só ou acompanhado pelos filhos, ou ainda outros que lhe prestam apoio (2007).

Considerando a dimensão saúde, os dados globais mostram, que a maioria dos idosos percebe o seu estado saúde como muito mau. Esta percepção corresponde essencialmente aos idosos institucionalizados, dado que os que residem em comunidade assumem uma posição mais neutra classificando-a como “nem boa, nem má”.

Estes resultados estão mais uma vez de acordo com as estatísticas nacionais pelo facto de se verificar que em ambos os sexos os sentimentos sobre a saúde se integram nas categorias de mau e razoável (INE, 2002).

A percepção assumida pelos nossos idosos, sobre a funcionalidade familiar, é pouco animadora, dado que ambos os grupos (institucionalizados e residentes em comunidade) maioritariamente sentem que a família se preocupa pouco (36%) ou muito pouco (52%) com eles. Não obstante quando analisamos a frequência de visitas, verificamos que os idosos têm visitas dos familiares que variam por períodos que oscilam entre a visita semanal e a diária. A explicação que encontramos para este aparente paradoxo, baseado na experiência profissional que temos com idosos, leva-nos a admitir que se deverá ao facto, de as famílias passarem cada vez menos tempo com os seus idosos, mantendo sobretudo o apoio instrumental necessário, relegando para um segundo plano, o apoio emocional tão importante para o idoso, levando-os a perceber sentimentos menos positivos acerca dos membros da família.

Passando a uma breve análise dos testes de hipóteses podemos observar a aceitação da primeira, permitindo-nos afirmar que quanto mais elevados forem os níveis de Esperança nos idosos melhor será a sua Qualidade de Vida.

Estes resultados reiteram os de Voitekane, Mietzite e Vanags que, quando afirmam que existe uma correlação positiva entre a Esperança e a Satisfação de Vida, bem como com a percepção do Bem-Estar Psicológico. (2006, citado por Barros, 2009).

Já a segunda hipótese foi parcialmente rejeitada, em face de não se ter verificado uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre as dimensões de Esperança e a Qualidade de Vida dos idosos, à excepção da dimensão Pensamento de Iniciativa.

Estes resultados reforçam os estudos de Bailey et al (2007), que defendem existir uma forte relação entre a dimensão Iniciativa e a Qualidade de Vida.

Entre a Esperança e suas dimensões, não se verificaram diferenças nos grupos de idosos (institucionalizados e não institucionalizados). Assim, fomos levados a rejeitar a terceira hipótese. Contudo, a análise dos valores médios, (da Esperança) revela que o grupo de idosos institucionalizados apresenta valores médios mais elevados, quando comparados com os idosos não institucionalizados, tanto nas duas dimensões da escala, como no seu valor total. Também aqui, existe conformidade com os achados de Moratiou et al (2006), uma vez que nos seus estudos, os idosos a residir em comunidade no meio rural, apresentam níveis de Esperança superiores aos que residem em contexto urbano.

A quarta hipótese, pretendia averiguar se existiam diferenças estatísticas significativas entre os índices de Esperança e suas dimensões, e os dados sociodemográficos dos idosos. Os resultados da variável sexo, mostram que esta não possui efeito sobre a Esperança e respectivas dimensões, verificando-se a mesma interacção nos grupos.

Analizando os valores médios, relativos á interacção nos grupos /sexo, verificamos que os homens institucionalizados apresentam valores mais positivos correspondendo a pensamentos mais esperançosos. Estes resultados contrariam os de Moratiou et al (2006) ao afirmar que o sexo se encontra estreitamente relacionado com o pensamento de iniciativa.

Entre a variável idade e a Esperança, também não se verificaram diferenças estatísticas significativas, e o mesmo se verificou na interacção entre o grupo e a idade. Apesar desta contestação e considerando mais uma vez os valores da média, são os idosos com idades compreendidas entre os 80 e os 85 anos, a viver em instituições os que apresentam valores mais elevados, o que significa que têm mais esperança.

Estamos mais uma vez, perante em dissonância com Bailey e Snyder (2007) e Bergin e Walsh (2005) quando afirma que à medida que a idade avança os idosos tornam-se menos esperançosos e menos capazes de determinar o modo para atingir os seus objectivos.

Por sua vez Snyder, defende que de acordo com o processo do pensamento esperançoso, não é esperado que este modifique com a idade. De facto à semelhança dos mais novos, os idosos continuam a estabelecer objectivos, a identificar caminhos e a manter a iniciativa (Wroblewski e Snyder, 2005).

O estado civil dos nossos idosos, (de ambos os grupos) não influi de modo significativo na Esperança. Estes resultados não estão de acordo com o pensamento de Moraitou et al (2006) ao atestar que o estado civil produz efeitos nas dimensões, pensamento de iniciativa e caminhos. Bailey e Snyder (2007) reforçam esta ideia ao afirmarem que o estado civil de um indivíduo tem influência nos níveis de Esperança, sendo que os indivíduos casados ou em união de facto, apresentavam níveis de esperança mais elevados que os divorciados e os viúvos.

Não foram observados de forma similar, efeitos significativos entre as habilitações literárias e a Esperança, verificando-se o mesmo na interacção grupo/habilitações. Estes resultados corroboram Moraitou et al (2006) que também não encontrou diferenças entre as habilitações literárias e a Esperança e suas dimensões.

No que se refere ao estado de saúde, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os idosos. Contudo, entre grupos e estado de saúde foram encontradas diferenças significativas para ao nível da Esperança.

Confrontando mais uma vez, estes dados com os valores médios, constatamos que são os idosos que residem em comunidade e que percebem o seu estado de saúde como bom/muito bom, os que apresentam valores mais elevados, proporcionais a um pensamento mais esperançoso.

Desta forma somos levados a inferir, que os idosos que residem em comunidade, e que percebem o seu estado de saúde como mau, possuem menos esperança.

Focalizando-nos no facto dos idosos terem filhos, não é um valor acrescentado pois não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre estes e a Esperança, facto este que vai de encontro ao que também verificou Moraitou et al (2006).

Já considerando a variável “número de filhos”, verificaram-se significâncias estatísticas mas apenas para a dimensão caminhos. Isto significa dizer que os idosos que têm mais filhos possuem uma capacidade ligeiramente aumentada para gerar e sustentar estratégias cognitivas possíveis de alcançar os seus objectivos, quando comparados com aqueles que tem menos filhos.

Similarmente, os idosos institucionalizados com mais filhos são os que apresentam um pensamento mais esperançoso e maior capacidade de criar estratégias para alcançar os seus objectivos. Já para o número de filhos não foram encontrados estudos que alavanquem esta referência.

Para outras variáveis do tipo, “Com quem vive” também não foram encontrados efeitos significativos sobre a Esperança e as suas dimensões. O mesmo se verificou na sua interacção entre os grupos. Estes resultados estão em oposição aos de Moraitou et al (2006) ao referir que uma vida solitária (...) diminui a capacidade que os idosos têm de encontrarem caminhos alternativos para atingir os seus objectivos.

A preocupação de família percebida pelos idosos, não encontrou efeitos significativos com a Esperança. Contudo, na interacção desta variável com os grupos, foi observado efeito significativo sobre a dimensão iniciativa.

Entre a variável “frequência de visitas” e a Esperança também não foram encontradas diferenças estatísticas significativas.

Perante os resultados expressos, somos levados a rejeitar parcialmente a hipótese 4, (dados sociodemográficos/esperança e suas dimensões) uma vez que apenas foram encontradas significâncias para as variáveis estado de saúde, número de filhos, e preocupação de família. No que se refere à análise das relações com a segunda variável dependente, (Qualidade de Vida e suas dimensões) pudemos constatar no que se refere aos grupos (institucionalizados e não institucionalizados), que foram encontradas diferenças estatísticas significativas, levando-nos a aceitar a quinta hipótese deste estudo.

Através da análise dos valores médios, verificamos que o grupo de idosos não institucionalizados apresenta valores médios mais elevados, quando comparados com os idosos institucionalizados em seis das sete dimensões da escala. Estes resultados vêm reforçar os estudos de (Martins, 2004; Gonçalves et al, 2006) onde o facto de os idosos residirem no seu domicílio ou junto dos seus se torna uma variável de peso, para a determinação da sua QDV. Ao contrário, a institucionalização leva à despersonalização do idoso, aumentando progressivamente as suas perdas (Gonçalves et al, 2006).

No que diz respeito aos dados sociodemográficas (hipótese 6) e para a variável sexo, não foram encontrados efeitos significativos sobre a Qualidade de Vida, verificando-se o mesmo na interacção dos grupos. Os índices médios, mostram que os idosos do sexo feminino, a residir em domicílio são os que apresentam valores mais elevados, proporcionais a uma melhor qualidade de vida. Estes resultados encontram-se em parte, de acordo com os de

Martins (2004), quando refere que são as mulheres que apresentam uma melhor qualidade de vida, contudo esta diferenciação não se destaca de forma significativa.

Utilizando a mesma escala, Almeida (2008) verificou que afinal são os idosos do sexo masculino aqueles que auferem de uma melhor qualidade de vida.

Quanto á variável idade, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas. Contudo na interacção por grupos (grupo e idade) apenas se verifica significância para a dimensão actividades de vida diária. Estes resultados não vão ao encontro dos resultados obtidos por Martins (2004) e Almeida (2008), que encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a Qualidade de Vida e a idade.

Em termos de índices médios verificamos que os idosos a residir na comunidade com idades igual ou inferior a 79 anos são os que apresentam valores médios de QDV mais elevados. De facto são muitos os estudos que mostram, que à medida que a idade avança, os níveis de QDV diminuem, por existir uma maior probabilidade de surgirem mais problemas de saúde, maior dependência na realização das actividades da vida diária, mais isolamento e solidão, (Andrade & Martins, 2011).

No que se refere à variável estado civil, foram encontrados diferenças significativas, para a dimensão recursos económicos, verificando-se que os idosos casados apresentam melhores recursos financeiros. Estes dados corroboram os de Martins (2004) quando refere que a maioria das pessoas procura um parceiro que lhe dê alguma estabilidade económica social e pessoal, permitindo-lhes assim algum equilíbrio.

Na interacção entre grupos e estado civil, verificou-se uma significância para as dimensões actividade ocupacional e a qualidade de vida. Assim os idosos solteiros/viúvos/separados a residir no domicílio apresentam uma melhor qualidade de vida, do que o grupo de idosos casados.

Foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre a variável habilitações literárias, e as dimensões mobilidade, actividades de vida diária e Qualidade de vida total. Isto leva-nos a concluir que os idosos que possuem habilitações literárias mais elevadas apresentam melhor qualidade de vida que os idosos sem formação académica, assim como uma melhor mobilidade e mais actividades diárias. Estes resultados reforçam os de Martins (2004), Paúl e Fonseca (2005) que também provaram que os idosos com habilitações são os que usufruem de uma melhor QDV.

Na interacção das variáveis grupo e habilitações literárias, também se verificaram significâncias para a dimensão relação familiar. Assim sendo, com base nos índices médios,

concluímos que os idosos a residir em comunidade e com habilitações apresentam índices médios elevados, proporcional a um melhor relacionamento familiar.

Estes resultados poderão ser explicados com a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nas quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativa, padrões e preocupações influencia a sua QDV (Martins, 2006).

A variável estado de saúde, também apresentou diferenças significativas. Assim sendo, tendo em conta os índices médios, concluímos que os idosos que percebem o seu estado de saúde como bom/muito possuem uma melhor qualidade de vida. A análise da interacção desta variável com os grupos revelou significância para as dimensões isolamento e actividade lúdica, levando-nos a concluir que os idosos com um estado de saúde bom/muito bom, e a residir na comunidade praticam mais actividades lúdicas e estão mais isolados.

Podemos ainda concluir que os idosos que têm filhos, têm um melhor relacionamento familiar, quando comparados com os que não têm, visto existirem diferenças significativas entre a variável “ter filhos” e a dimensão relação familiar.

No que concerne à interacção das variáveis grupo e ter filhos foram encontradas diferenças significativas para a dimensão isolamento, actividade diária, relação familiar e QDV. Perante estes resultados concluímos que os idosos que têm filhos e residem na comunidade, apresentam maior isolamento, mais actividade diária, um melhor relacionamento familiar, bem como uma melhor QDV. Pela experiência profissional que possuímos, pensamos que estes resultados podem ser explicados pela importância do papel da família, nomeadamente dos filhos, enquanto rede de suporte e de entrelaçamento de afectos.

Relativamente à variável “número de filhos” não se verificou efeito significativo. Contudo, na sua interacção entre grupos, foi encontrado um efeito significativo, para as dimensões actividade ocupacional, actividade lúdica e qualidade de vida.

Assim sendo, podemos concluir que os idosos com mais filhos e a residir na comunidade, desenvolvem actividades ocupacionais e lúdicas mais intensas, e auferem de uma melhor QDV.

Entre a variável “com quem vive”, e a QDV não foram verificados efeitos significativos. Contudo em termos de índices médios verificamos que os idosos que residem sozinhos na comunidade apresentam valores condizentes com uma melhor QDV. Estes resultados não corroboram com Sequeira e Silva que afirmam que os idosos que vivem sozinhos apresentam níveis de QDV mais baixos do que o grupo de idosos que vive acompanhado (2002).

Na interacção entre esta variável e grupos verificamos um efeito significativo para a dimensão lúdica o que demonstra que os idosos que residem em instituições, e os que residem acompanhados praticam mais actividades lúdicas.

Relativamente à variável “preocupação da família” encontramos diferenças significativas com a relação familiar. Analisando os índices médios, concluímos que os idosos que sentem pouca preocupação familiar são os que têm um pior relacionamento familiar.

Na interacção desta variável com os grupos verificamos diferenças significativas para a dimensões mobilidade, actividade diária, actividade lúdica e com a qualidade de vida.

Por último, para a variável frequência de visitas, foram observadas diferenças significativas para a Qualidade de Vida. Levando-nos a concluir, tendo em conta os índices médios, que os idosos que têm visitas diárias por parte da família têm uma melhor Qualidade de Vida.

Na interacção desta variável com o grupo, também se observou efeito significativo para as dimensões isolamento, mobilidade, actividade diária e QDV. Assim sendo, podemos concluir, que os idosos não institucionalizados, que têm visitas diárias são os que estão menos isolados, possuem maior mobilidade, praticam mais actividades diárias e possuem melhor QVD.

Perante estes resultados aceitamos parcialmente a hipótese 6, uma vez que só foram encontradas diferenças significativas para as variáveis estado civil, habilitações literárias, estado de saúde, ter filhos, número de filhos, com quem vive, preocupação da família e frequência de visitas.

Centrando-nos seguidamente na preditibilidade de algumas variáveis sobre a Esperança e suas dimensões verificamos: que entraram somente no modelo de regressão (1) actividade Lúdica, (2) Actividade ocupacional, (3) Grupo, e (4) Recursos económicos, com uma correlação positiva moderada. Os coeficientes de correlação são bastante aproximados, excepto para o grupo que apresenta uma correlação negativa. Sendo que a proporção da Esperança explicada pelo conjunto é de 27,30 %.

Isto significa que para as dimensões onde as correlações são positivas a esperança é superior, e menor nas negativas.

Para a dimensão caminhos entraram somente no modelo de regressão (1) idade e (2) actividade lúdica, com uma correlação positiva fraca. Os coeficientes de correlação são bastante aproximados, sendo que a proporção da dimensão caminhos explicada pelo conjunto é de 13,30 %. Isto significa que quanto maior for a idade e a actividade lúdica maior será a

capacidade percebida para gerar percursos mentais para alcançar os objectivos desejados (Pensamento de caminhos)..

- Finalmente para à dimensão iniciativa entraram somente no modelo de regressão (1) actividade Lúdica, (2) actividade ocupacional, (3) grupo e (4) mobilidade, com uma correlação positiva moderada. Os coeficientes de correlação são bastante aproximados, excepto para o grupo que apresenta uma correlação negativa. Sendo que a proporção da Esperança explicada pelo conjunto é de 27,50 %. Isto significa que quanto maior a actividade Lúdica, a actividade ocupacional e a mobilidade, melhor será a sensação de determinação triunfante sobre a consecução de objectivos pessoais (Iniciativa)

Mais uma vez e face a estes resultados aceitamos apenas parcialmente a hipótese 7, dado que a Qualidade de Vida (e dimensões), a idade e o grupo não se constituem preditoras da Esperança e das dimensões.

Estes dados corroboram apenas em parte os de Baileys et al (2007) quando refere que a dimensão Pensamento de “Iniciativa” é um forte preditor da Satisfação com a Vida. Segundo os autores o facto de acreditarmos que podemos alcançar um objectivo, faz com que aumentemos o nosso Bem-Estar gerando deste modo meios para superar os obstáculos.

II. Conclusões

A presente investigação proporcionou-nos uma visão mais ampla quer sobre a Esperança quer sobre a Qualidade de Vida dos idosos tendo em conta o seu contexto residencial.

Apesar dos avanços significativos que se vão notando, sentimos que os estudos e pesquisas científicas na área da Esperança dos Idosos necessitam de um maior interesse e aprofundamento teórico, sobretudo em Portugal.

O estudo que delineamos pretendia avaliar a esperança e a qualidade de vida dos idosos a residir no seu domicílio ou em instituições, em confronto com algumas variáveis de carácter sociodemográfico.

Relançar um olhar sobre o percurso desta investigação e desenvolver uma síntese final é o desafio que neste momento se nos coloca. Assim sendo tendo em conta os objectivos inicialmente traçados nesta investigação subtraímos as seguintes conclusões:

- A população estudada é maioritariamente feminina, tem uma média de idades que ronda os 81 anos, são predominantemente viúvos, detêm baixos níveis de instrução, 89% dos idosos têm filhos, sendo que a maioria tem mais de 2 filhos. Estes idosos vivem na sua maioria sozinhos.
- Os idosos que residem no seu domicílio, têm na sua maioria idades inferiores a 81 anos, e na sua maioria possuem habilitações literárias, dividem-se entre os que vivem sós e os que vivem com o cônjuge, têm entre 2 a 3 filhos;
- Os idosos institucionalizados, têm idades superiores a 81 anos, e dividem-se entre aqueles que têm e não têm habilitações, na sua maioria vivem sós e têm mais de 3 filhos.
- Ambos os grupos percebem o seu estado de saúde como mau ou indiferenciado, o mesmo se verifica na percepção que têm da preocupação da família, como sendo pouca/muito pouca; ambos referem ainda que a família lhes faz visitas semanais a diárias.
- De acordo com os critérios de QDV adoptada, constatámos que a maioria (92%) dos idosos apresenta boa qualidade de vida, e que esta difere em termos de grupos, sendo superior nos idosos a residir no domicílio.
- Sendo que os idosos que residem na comunidade, referem ter uma comunicação virada ao mundo exterior; com mobilidade; que realizam as actividades de vida diária

sem ajuda; na actividade ocupacional estes idosos dividem-se entre aqueles sem actividade e os que têm uma actividade regular; as actividades lúdicas na maioria dos casos dão respostas aos seus anseios; na relação familiar a maioria refere ter uma integração familiar funcional; por último, no que concerne aos recursos económicos, a maioria refere que são para além das suas necessidades básicas.

- Por sua vez, idosos institucionalizados têm uma comunicação essencialmente limitada a envolvente habitacional, com mobilidade; as actividades realizadas com ajudas técnicas; a maioria não possui actividade ocupacional. No que se refere à actividade lúdica esta é realizada com participação familiar, o que também se reflecte na relação familiar; e nos recursos económicos que na sua maioria são suficientes para satisfazer as necessidades básicas.

No que se refere às hipóteses colocadas, verificamos:

- Que as correlações encontradas entre a Esperança e a Qualidade são todas positivas e significativas indicando-nos que quanto mais elevados forem os níveis de Esperança nos idosos melhor será a sua Qualidade de Vida;
- Por sua vez, na averiguação de relação entre as dimensões da Esperança (Iniciativa e Esperança) e a Qualidade de vida, verificamos relação positiva entre a Iniciativa e a QDV, indicando que quanto mais elevada for a sensação de determinação triunfante sobre a consecução de objectivos pessoais maior é a Qualidade de Vida dos Idosos

No que diz respeito à variável dependente Esperança:

- De acordo com os critérios da Esperança adoptado, verificamos que a maioria dos idosos refere ter, em valores médios, uma alta Esperança (52%).
- Tendo em conta aos grupos (institucionalizados e não institucionalizados) não se encontraram diferenças entre a Esperança e as suas dimensões. Contudo os valores médios revelam que o grupo de idosos institucionalizados apresenta valores médios mais elevados, quando comparados com os idosos não institucionalizados, tanto nas duas dimensões da escala, como no seu valor total.
- No que se refere às diferenças significativas entre a Esperança e as dimensões, e os dados sociodemográficos dos idosos, verificou-se existir com a maioria das variáveis, excepto para o número de filhos.
- Constatou-se que os idosos que têm mais filhos possuem uma capacidade ligeiramente aumentada para gerar e sustentar estratégias cognitivas para alcançar os seus objectivos (Caminhos), do que aqueles que tem menos filhos.

- Na interacção das variáveis sociodemográficas com os grupos verificaram-se significâncias para as variáveis estado de saúde e a preocupação com a família.
- Desta forma constatamos que são os idosos que residem em comunidade e que percebem o seu estado de saúde como bom/muito bom, os que apresentam valores mais elevados, proporcionais a um pensamento mais esperançoso, enquanto, que os idosos no mesmo grupo que percebem o seu estado de saúde mau possuem menos esperança.
- Tendo em conta os grupos, no que se refere à preocupação de família, verificamos que os idosos que se encontram institucionalizados e que percebem que a família se preocupa muito a pouco, têm mais determinação para conseguir alcançar os seus objectivos (Caminhos).

Para a segunda variável dependente, à QDV e suas dimensões concluímos que:

- No que se refere às diferenças entre a qualidade de vida e as dimensões, e os grupos, constatamos que os idosos não institucionalizados possuem mais qualidade de Vida que os idosos institucionalizados;
- Entre a qualidade de vida e as dimensões, os dados sociodemográficos, verificaram-se a diferenças significativas entre quase todas as variáveis, excepto sexo, idade, quem vive, número de filhos.
- Os idosos do casados referem ter mais recursos financeiros, que os idosos que não têm um companheiro. Contudo são os idosos solteiros/viúvos/separados a residir em comunidade que apresentam melhor Qualidade de Vida.
- No que se refere à formação constatamos que os idosos que tem habilitações literárias apresentam melhor qualidade de vida que os idosos sem formação académica, assim como uma melhor mobilidade e mais actividade diária.
- Na interacção da variável com os grupos, constatamos que os idosos a residir em comunidade e com habilitações literárias referem melhor relacionamento familiar;
- No que se refere ao estado de saúde que os idosos que percebem o seu estado de saúde como bom/muito bom possuem melhor qualidade de vida. No entanto, os idosos que percebem o seu estado de saúde como bom/muito bom e a residir na comunidade praticam mais actividades lúdicas, mas também referem mais isolamento;
- Os idosos que têm filhos, têm um melhor relacionamento familiar, quando comparados com os que não têm. No entanto, são estes idosos a residir em

comunidade que apresentam mais isolamento, mais actividade diária, um melhor relacionamento familiar, bem como uma melhor QDV.

- De acordo com a diferença entre grupo, verificamos que os idosos com mais filhos e a residir na comunidade desenvolvem actividades ocupacionais e lúdicas mais intensas, e auferem de uma melhor QDV.
- Os idosos que residem em instituições, e que residem acompanhados praticam mais actividades lúdicas, do que os que vivem sozinhos em instituições.
- Por sua vez os idosos que percebem a preocupação da sua família como muito pouca são os que têm um melhor relacionamento familiar, comparados com aqueles que sentem pouca preocupação familiar, que têm um pior relacionamento familiar. No entanto, são os idosos institucionalizados que percebem que a família não se preocupa com eles, que têm uma melhor QDV.
- Os idosos que têm visitas familiares diárias têm uma melhor Qualidade de Vida. Sendo que os idosos em comunidade, e que têm visitas diárias são os que revelam mais isolamento, maior mobilidade, que praticam mais actividade diária e têm uma melhor QVD.
- No que se refere à preditibilidade de algumas variáveis sobre a esperança Esperança e suas dimensões constatamos que: entraram somente no modelo a actividade lúdica, a actividade ocupacional, o grupo e os recursos económicos, explicando 27,30% do modelo, indicando que para as dimensões onde as correlações são positivas, a Esperança é superior, e onde é negativa é menor.
- Para a dimensão caminhos entraram somente no modelo de regressão a idade e a actividade lúdica, com uma correlação positiva fraca e explicando apenas 13,30% do modelo. Indicando que quanto maior for a idade e a actividade lúdica maior será a capacidade percebida para gerar percursos mentais para alcançar os objectivos desejados (Pensamento de caminhos).
- No modelo de regressão da dimensão iniciativa entraram somente a actividade lúdica, a actividade ocupacional, o grupo e a mobilidade, com uma correlação positiva moderada, explicando 27,50% do modelo. Isto indica que quanto maior a actividade lúdica, a actividade ocupacional e a mobilidade, melhor será a sensação de determinação triunfante sobre a consecução de objectivos pessoais (Iniciativa).

As conclusões deste estudo, são um contributo que reforçam a pertinência e legitimidade das pesquisas na área da esperança e da qualidade de vida dos idosos.

Limitações e Sugestões

Esta investigação a semelhança de outras apresenta algumas limitações, de que temos plena consciência e nesse sentido os resultados devem ser encarados com alguma reserva. Começamos exactamente pelo tamanho da amostra, que se verificou diminuta na análise de algumas variáveis. Desta forma será importante para futuras investigações o recurso a uma amostra superior.

Também as diferenças na amostra, tendo em conta a sua distribuição relativamente à idade, nomeadamente no que diz respeito ao grupo 1 (Institucionalizados) e ao grupo 2 (Não Institucionalizados), uma vez que os idosos institucionalizados se concentram em idades superiores aos 81 anos, enquanto, que os que residem em comunidade têm na sua maioria idades inferiores a 84 anos. Esta diferença pode influenciar só por si os resultados relativos à percepção da Esperança e da sua Qualidade de Vida, uma vez que os estes últimos manifestam ainda não se sentirem “velhos”, ao contrário dos idosos com mais de 81 anos que acham já ter vivido tudo o que tinham para viver.

Uma outra limitação, está relacionada com o facto de a amostra ter sido recolhida de modo conveniente, contribuindo desta forma para que não fossem controladas algumas variáveis parasitas.

Sugerimos deste modo que em investigações futuras se tenham em conta, aspectos como a desejabilidade social. Isto porque, uma vez que no processo de recolha de dados, os questionários foram preenchidos pelo investigador, e este facto poderá ter constituído uma condicionante pela questão da desejabilidade social.

Apesar dos avanços significativos que se vão notando, sentimos que os estudos e pesquisas científicas na área da Esperança, nomeadamente com a população idosa, são em reduzido número, escasseiam, tornando-se limitativos na informação existente.

Com base nisto vale a pena referir ainda a dificuldade sentida pelos idosos a responder à escala do Futuro, devida à quantidade, no nosso entender, excessiva de opções de respostas, criando por vezes alguma repetição e confusão.

No que diz respeito à Qualidade de Vida a falta de projectos e de instrumentos de avaliação de QDV adequados à investigação na população idosa é uma realidade: havendo necessidade de criar instrumentos multidimensionais capazes de abranger todos os aspectos da vida do idoso e ao mesmo tempo sensíveis, para captar a variabilidade dos diferentes grupos, sem que no entanto se tornem exaustivos na sua aplicação.

Os resultados desta investigação não foram conclusivos aos níveis de Esperança, em função dos grupos, sugerindo desta forma que talvez a Esperança esteja ligada a múltiplos factores e não só ligados aos contextos onde os idosos se encontram inseridos.

Bibliografia

Abdel-Khalek & Snyder, C. R. (2007). Correlates and predictors of an Arabic translation of the Snyder Hope Scale. *The Journal of Positive Psychology* 2(4): 228–235.

Almeida, A. J. P. S. (2008). *A pessoa institucionalizada em lares: aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40: 185-199.

Bailey, T.C. & Snyder, C. R. (2007). Satisfaction with life and hope: a look at age and marital status. *The Psychological Record*, 57: 233-240

Bailey, T.C., Eng, W., Frisch, M. B. & Snyder, C.R. (2007). Hope and optimism as related to Life Satisfaction. *The Journal of Positive Psychology* 2 (3): 168-175

Barros de Oliveira, J. H. (2010). *Psicologia positiva: uma nova psicologia*. Livpsic. Lisboa

Barros, M.I. (2009). *A Esperança dos Profissionais de Saúde de uma unidade oncológica: contributo para a prática profissional*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa no Porto.

Bergin L. & Walsh, S. (2005). The role of hope in psychotherapy with older adults. *Aging & Mental Health*, 9(1): 7–15

Bizarro, P. J. P (2006). *Movimentação Geográfica da População Sénior na zona urbana de Viana do Castelo*. Monografia de Licenciatura em Motricidade humana. Universidade Fernando Pessoa. Ponte de Lima

Bronk, K. C., Hillb, P. L. Lapsley, D. K. Taliba, T. L. & Finch, H. (2009). Purpose, hope, and life satisfaction in three age groups. *The Journal of Positive Psychology* 4 (6): 500–510

Cheavens, J. S.; Feldman, D. B. Woodward, J. T. & Snyder, C. R. (2006). Hope in Cognitive Psychotherapies: On Working With Client Strengths. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 20 (2)

Creamer, M., O'Donnell, M. L.; Carboon, I.; Lewis, V.; Densley, K.; McFarlane, A.; Silove, D. & Bryant, R. (2009).Evaluation of the Dispositional Hope Scale in injury survivors. *Journal of Research in Personality* 43: 613–617.

Efklides, A., Varsami, M., Mitadi I. & Economidis, D. (2006). health condition and quality of life in older adults: adaptation of qolie-89. *Social Indicators Research* 76:35–53

Ferreira, J. L. S. (2008.). *Educação na terceira idade: Estudo Colectivo de pessoas idosas no contexto comunitário de Vila Nova de Gaia*. Tese de Doutoramento. Faculdade de Ciências de Educação (pp. 236-238).

Fonseca, A. M. (2004). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores

Gallagher, M. W. & Lopez, S. J. (2009). Positive expectancies and mental health: Identifying the unique contributions of hope and optimism. *The Journal of Positive Psychology* 4 (6): 548–556.

Gonçalves L.H.T, Costa M.A.M., Martins M.M., Nassar S.M., Zunino R. (2011). A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. Acedido 10 Julho de 2011 em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_03.pdf

Gonçalves, D., Martin, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F. & Fonseca, A.M. (2006). Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças* 7 (1), 137-143.

Instituto Nacional de Estatística (2006). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de estudos demográficos* 38 (6): p.11

Instituto Nacional de Estatística. (2009). Projeções de População Residente em Portugal 2008 – 2060: *Relatório anual 2009*. Acedido em Agosto de 2011 de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=65573359&DESTAQUESmodo=2

Laureano, R. M. S. (2011). Testes de Hipóteses com o SPSS – O meu manual de consulta rápida. Edições Sílabo. Lisboa

Leal, C. M. (2008). *Reavaliar o conceito de Qualidade de Vida*. Trabalho apresentado à Universidade dos Açores [versão electrónica] retirado a 3 de Abril de 2010 de <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>

Maroco, J. (2007) *Análise Estatística com a utilização do SPSS*. 3ª Ed. Silabo. Lisboa.

Marques, S.C.; Pais-Ribeiro, J. L. & Lopez, S. (2008). Estabilidade temporal das escalas de esperança para crianças e de satisfação com a vida para estudantes. *Psic., Saúde & Doenças*, 9 (2): 245-252.

Martins Ferreira, A. L. (2009). A Qualidade de Vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: perspectiva do próprio e do cuidador. Tese de Mestrado. Faculdade de Psicologia e ciências da Educação.

Martins, R. M. L. (2006). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Revista do Instituto Politécnico de Viseu: Educação, Ciência e Tecnologia*, 32. Acedido a 29 de Março de 2010 de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf>

Martins, R. M. L.(2004). Qualidade de vida dos idosos da região de Viseu. Badajoz : [s. n.], 2004. 306 p., [33] f. Dissertação de Doutoramento.

Mestre, M. A. G. (2007). *Bem-Estar subjectivo em Idosos*. Monografia de licenciatura não publicada. ISLA Leiria

Morais, P. O. I. (2010). *Avaliação da Qualidade de vida e Esperança em Toxicodependentes infectados e não infectados com VIH*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa. Porto

Moraitou, D.; Kolovou, C.; Papasozomenou, C. & Paschoula, C. (2006). Hope and adaptation to old age : their relationship with individual-demographic factors. *Social Indicators Research* 76: 71-93.

Oftedahl, L. (2001). *Hopelessness and hours of service received by elderly and disabled clients*. Tese de Mestrado não publicada . The Graduate College University of Wisconsin-Stout. Acedido a 2 de Março de 2010 de <http://www2.uwstout.edu/content/lib/thesis/2001/2001oftedahll.pdf>

Pais Ribeiro (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde: instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto

Pais Ribeiro, J., Pedro, L., & Marques, S, (2006). Contribuição para o estudo psicométrico e estrutural da escala de Esperança (de futuro). In: I.Leal, J. Pais-Ribeiro &S.Neves, (Edts.). *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.75-81). Lisboa: ISPA.

Pallant, J. (2003). *SPSS Survival Manual*.Open University Press. Philadelphia

Paul, C. e Fonseca, A. M. (2005).*Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I. e Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (77-95). Lisboa: Climepsi

Paul, M.C. & Fonseca, A. M. (2005) *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Pinho, M. M. N. (2005). *Análise do índices de psicopatologia e qualidade de vida dos doentes do Lar “X”, comparativamente com os índices de psicopatologia dos idosos a residirem em sua casa*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).

Reis, L. G. (2008). *Produção de monografia: da teoria à prática*. O método de educar pela pesquisa (2ªEd.). Senac-DF. Brasília

Ribeiro, O. & Paúl, C. (2011). *Manual do Envelhecimento Activo*. Lidel Edições. Lisboa

Santos, A. F. A. (2008). *Qualidade de vida e solidão na terceira idade*. Monografia de Licenciatura não publicada. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa. Porto

Santos, F.; Sobral, M.; Ribeiro, O. & Costa, A.(2003). Estudo da Prevalência da Depressão numa População Idosa Institucionalizada. *Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*. XIV (154)

Sequeira, A. & Silva, M. N. (2002). O Bem-Estar da Pessoa Idosa em Meio Rural. *Análise Psicológica*3(XX): 505-516

Severo, M.; Santos, A.C.; Lopes, C. & Barros, H. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta MedPort* 19: 281-288

Shorey, H. S., Snyder, C. R., Rand, K. L., Hockmeyer, J. R. & Feldman, D. B. (2002). Somewhere Over the Rainbow: Hope Theory Weathers Its First Decade. *Psychological Inquiry* , Vol. 13, No. 4, 322–331

Silva, S. N. (2009). *Qualidade de Vida e Bem-Estar psicológico em idosos*. Dissertação de mestrado. Universidade Fernando Pessoa.

Snyder, C.R. & Shane, J.L. (2009). *Psicologia Positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artemed

Snyder, C.R. (2002). Hope Theory: Rainbow in the Mind. *Psychological Inquiry*(13) 4: 249-275

Snyder, C.R., Rand, K. L., Sigmon, D. R. (2002). Hope Theory: a member of the Positive Psychology Family. In Snyder, C.R., Lopez, S. J., (Edts). *Handbook of Positive Psychology* (pp 257-276). Oxford University Press

Sousa, L.; Galante H.; Figueiredo, D. (2003) Qualidade de Vida e Bem-Estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*; 37(3):364-71

Sousa, L. Cerqueira, M.; Galante, H. (2004). Age variations in the perceptions of how to age successfully: an exploratory study in the Portuguese population. *Reviews in clinical gerontology*, 14: 327-335.

Teixeira, L. F. (2010). Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. Tese de Mestrado integrado em Psicologia (Secção de Psicologia Clínica e da Saúde. Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença). Faculdade de Psicologia Universidade de Lisboa. ULFP 037460

Teixeira, P. (2006). *Envelhecendo passo a passo*. Retirado em 30 de Março de 2010 em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0283.pdf>
to the future. *Experimental Aging Research*, 31(2): 217 — 233

Tong, E. M. W.; Fredrickson, B. L., Chang, W., Lim, Z. X. (2010): Re-examining hope: the roles of agency thinking and Pathways Thinking. *Cognition and Emotion* 24(7): 1207-1215

Wolverson (Radbourn), E.L., Clarke, C., Moniz- Cook, E. (2010) Remaining hopeful in early-stage dementia: A qualitative study. *Aging & Mental Health* Vol. 14, No. 4: 450–460

Wroblewski, K. K. & Snyder, C. R. (2005). Hopeful thinking in older adults: back

Anexo 1

Escala do Futuro

Leia cuidadosamente cada pergunta. Utilizando a escala Abaixo mencionada, por favor seleccione o número que melhor o descreve e coloque esse número em cima do traço de cada pergunta.

- 1 = Totalmente Falso
- 2 = Quase totalmente falso
- 3 = Em grande parte falso
- 4 = Ligeiramente falso
- 5 = Ligeiramente verdadeiro
- 6 = Em grande parte verdadeiro
- 7 = Quase totalmente verdadeiro
- 8 = Totalmente verdadeiro

- ___A. Consigo pensar em várias maneiras de me desenrascar.
- ___B. Tento alcançar incansavelmente os meus objectivos.
- ___C. Sinto-me cansado(a) maior parte do tempo.
- ___D. Existem vários caminhos para ultrapassar um problema.
- ___E. Sou facilmente dominado(a)/derrotado(a) numa discussão.
- ___F. Consigo pensar em várias maneiras de ter as coisas que acho importantes para mim.
- ___G. Preocupo-me com a minha saúde.
- ___H. Mesmo quando os outros se sentem desencorajados, eu sei que posso encontrar um caminho para resolver um problema.
- ___I. A minha experiência passada preparou-me bem para o futuro.
- ___J. Tenho sido bem sucedido(a) na vida.
- ___K. Normalmente ando preocupado(a) com alguma coisa.
- ___L. Alcanço os objectivos que estabeleço para mim.

Anexo 2

GRELHA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	▪ Direcção Geral de Saúde (1995)
---	----------------------------------

Nesta secção estamos interessados em conhecer a sua qualidade de vida. Para cada um dos sete componentes básicos da sua vida quotidiana, assinale a resposta, que melhor caracteriza a sua situação concreta.

1 – ISOLAMENTO / COMUNICAÇÃO AFECTIVA E SOCIAL		
▪ Sem comunicação	0	
▪ Comunicação centrada no domicílio	2	
▪ Comunicação centrada na envolvente habitacional	5	
▪ Comunicação alargada ao mundo exterior	7	

2 – MOBILIDADE		
▪ Sem mobilidade	0	
▪ Mobilidade com ajuda de outros	2	
▪ Mobilidade através de ajudas técnicas	5	
▪ Mobilidade sem ajuda	7	

3 – ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA		
▪ Sem actividades	0	
▪ Actividades com ajuda de outros	2	
▪ Actividades através de ajudas técnicas	5	
▪ Actividades sem ajuda	7	

4 – ACTIVIDADE OCUPACIONAL		
▪ Sem actividade	1	
▪ Com actividade esporádica	4	
▪ Com actividade regular	6	

▪ Actividade ocupacional remunerada	1	
-------------------------------------	---	--

5 – ACTIVIDADE LÚDICA		
▪ Sem actividade	0	
▪ Com participação familiar	5	
▪ Com actividade que dê resposta aos seus anseios	7	

6 – RELAÇÃO FAMILIAR		
▪ Sem relação familiar	1	
▪ Com participação familiar	4	
▪ Com integração familiar funcional	8	

7 – RECURSOS ECONÓMICOS		
▪ Insuficientes	1	
▪ Suficientes para as necessidades básicas	4	
▪ Para além das necessidades básicas	7	

Total:

O preenchimento do questionário terminou.
Muito obrigado pela sua preciosa colaboração.

Anexo 3

Questionários de colheita de Dados

O presente inquérito insere-se no âmbito da recolha de informação para a Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Psicoterapia, do Instituto Superior Miguel Torga em parceria com Instituto Politécnico de Leiria.

Esta dissertação tem como tema a Esperança e a Qualidade de Vida nos contextos da Terceira Idade e pretende comparar os índices de Esperança dos Idosos, tendo em conta o contexto em que estes se encontram inseridos (Instituição ou seu meio), bem como verificar se existe relação entre os índices de Esperança destes idosos e a sua Qualidade de Vida.

Pretende ainda estudar quais os factores individuais e sociodemográficos, associados à Esperança.

Este estudo tem como alvo pessoas com mais de 65 anos, por isso mesmo desde já pedimos a sua colaboração.

Toda a informação que for fornecida é confidencial e não poderão ser divulgadas. O seu uso será apenas para fins estatísticos.

Agradecemos desde já a sua colaboração!

I – Dados Pessoais

1 - Sexo: F ☐ M ☐ **2 - Idade:** ____ anos.

3 - Estado Civil: _____

4 – Habilitações Literárias: _____

5 – Tem filhos? Sim ☐ Não ☐ **Quantos?** _____

II – Factores Situacionais

6 – Onde Reside? Minha Casa ☐

Casa dos filhos ☐

Instituição ☐

7 - Com quem vive/vivia habitualmente? _____

8 – Como percebe a seu estado de saúde

Bastante Mau	Mau	Nem Bom, Nem Mau	Bom	Bastante bom

9 - Considera que a sua família se preocupa verdadeiramente consigo?

(assinale com uma cruz (X))

Muito	Bastante	Nem muito Nem pouco	Pouco	Muito Pouco

10 - A sua família costuma visitá-lo? Sim ☐ Não ☐

11 – Com que frequência? _____

12 – O que costuma fazer no seu dia a dia?

Anexo 4

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Marina Alexandra Gomes Mestre, aluna do Instituto Superior Miguel Torga com uma parceria com do Instituto Politécnico de Leiria, actualmente a terminar o segundo ano, do segundo ciclo de estudos em Psicologia Clínica e Psicoterapia, venho por este meio solicitar a vossa autorização para realizar a colheita de dados junto dos vossos utentes, para a realização de uma investigação a realizar no âmbito da dissertação, subordinada ao tema: A Esperança e a Qualidade de Vida das pessoas na Terceira Idade.

A participação destes consiste apenas no preenchimento de um questionário de dados sócio-demográficos, de uma escala adaptada e aferida ao contexto português, intitulada “Escala de Esperança” ou “Escala do Futuro” (Pais Ribeiro, Pedro & Marques, 2006), e de uma escala de Qualidade de Vida.

A colaboração destes reveste-se de primordial importância na medida em que importa compreender o modo como os idosos lidam com a Esperança na sua experiência vivida e subjectiva, bem como da forma como lidam com as situações adversas da vida e qual a relação desta com a Qualidade de vida dos mesmos, bem como perceber quais os factores individuais e sociodemográficos que lhes estão associados.

Comprometo-me com o seguinte:

- As informações que me comunicar serão confidenciais;
- Todas as informações serão devidamente codificadas, no sentido de garantir o anonimato dos participantes;
- Em qualquer momento poderá ter acesso ao material que lhe diga respeito.

Caso estes requisitos de participação não sejam satisfeitos, poderá anular a sua colaboração. Disponibilizo-me para qualquer esclarecimento adicional que pretenda, podendo contactar-me através dos números 916 589 079 / 936 746 505 ou através do correio electrónico malexgmestre@hotmail.com.

Aceito colaborar com esta investigação.

O Representante da Instituição

Grata pela sua colaboração.

A investigadora

CPA/RF

LARG. P. JOSE V. OLIVEIRA
2440 REGUENGO FETAL

Anexo 5

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Marina Alexandra Gomes Mestre, aluna do Instituto Superior Miguel Torga com uma parceria com do Instituto Politécnico de Leiria, actualmente a terminar o segundo ano, do segundo ciclo de estudos em Psicologia Clínica e Psicoterapia, venho por este meio solicitar a vossa autorização para realizar a colheita de dados junto dos vossos utentes, para a realização de uma investigação a realizar no âmbito da dissertação, subordinada ao tema: A Esperança e a Qualidade de Vida na Terceira Idade.

A participação destes consiste apenas no preenchimento de um questionário de dados sócio-demográficos, de uma escala adaptada e aferida ao contexto português, intitulada “Escala de Esperança” ou “Escala do Futuro” (Pais Ribeiro, Pedro & Marques, 2006), e de uma escala de Qualidade de Vida.

A colaboração destes reveste-se de primordial importância na medida em que importa compreender o modo como os idosos lidam com a Esperança na sua experiência vivida e subjectiva, bem como da forma como lidam com as situações adversas da vida e qual a relação desta com a Qualidade de vida dos mesmos, bem como perceber quais os factores individuais e sociodemográficos que lhes estão associados.


Comprometo-me com o seguinte:

- As informações que me comunicar serão confidenciais;
- Todas as informações serão devidamente codificadas, no sentido de garantir o anonimato dos participantes;
- Em qualquer momento poderá ter acesso ao material que lhe diga respeito.

Caso estes requisitos de participação não sejam satisfeitos, poderá anular a sua colaboração. Disponibilizo-me para qualquer esclarecimento adicional que pretenda, podendo contactar-me através dos números 916 589 079 / 936 746 505 ou através do correio electrónico malexgmestre@hotmail.com.

Aceito colaborar com esta investigação.

O Representante da Instituição

CASA DE REPOUSO ALE
XANDRINA BARTOLOMEU
LDA A GERENCIA


Grata pela sua colaboração.

A investigadora

Anexo 6

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Marina Alexandra Gomes Mestre, aluna do Instituto Superior Miguel Torga com uma parceria com do Instituto Politécnico de Leiria, actualmente a terminar o segundo ano, do segundo ciclo de estudos em Psicologia Clínica e Psicoterapia, venho por este meio solicitar a participação de V. Ex. ^a numa investigação a realizar no âmbito da dissertação, subordinada ao tema: A Esperança e a Qualidade de Vida nos contextos da Terceira Idade.

A sua participação consiste no preenchimento de um questionário de dados sócio-demográficos, de uma escala adaptada e aferida ao contexto português, intitulada “Escala de Esperança” ou “Escala do Futuro” (Pais Ribeiro, Pedro & Marques, 2006), e de uma escala de Qualidade de Vida.

A sua colaboração reveste-se de primordial importância na medida em que importa compreender o modo como os idosos lidam com a Esperança na sua experiência vivida e subjectiva, bem como da forma como lidam com as situações adversas da vida e qual a relação desta com a Qualidade de vida dos mesmos, bem como perceber quais os factores individuais e sociodemográficos que lhes estão associados.

Comprometo-me com o seguinte:

- As informações que me comunicar serão confidenciais;
- Todas as informações serão devidamente codificadas, no sentido de garantir o anonimato dos participantes;
- Em qualquer momento poderá ter acesso ao material que lhe diga respeito.

Caso estes requisitos de participação não sejam satisfeitos, poderá anular a sua colaboração. Disponibilizo-me para qualquer esclarecimento adicional que pretenda, podendo contactar-me através dos números 916 589 079 / 936 746 505 ou através do correio electrónico malexgmestre@hotmail.com.

Aceito colaborar com esta investigação.

O participante _____

Grata pela sua colaboração.

A Investigadora _____